



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CENTRO DE ESTUDIOS BIOMÈDICOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ASOCIADAS CON EL CONTROL
GLUCÉMICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN EL PACIENTE DEL
PROGRAMA DIABETIMSS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 07 DEL
IMSS DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.”**

T E S I S.

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA.

DRA. NORMA ALEJANDRA GUTIERREZ ROMO.

ASESOR

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS.

AGUASCALIENTES, AGS.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de Medicina Familiar del HGZ No. 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes

Norma Alejandra Gutiérrez Romo

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ASOCIADAS CON EL CONTROL GLUCÉMICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN EL PACIENTE DEL PROGRAMA DIABETIMSS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 07 DEL IMSS DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.”

Número de registro: **R-2011-101-14** del Comité Local de Investigación No. 101.
Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Residente Norma Alejandra Gutiérrez Romo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular, agradezco la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de usted.


ATENTAMENTE

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO ÁVALOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Aguascalientes, Ags. Febrero de 2012.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD

Por medio de la presente le informo que el Residente de Medicina Familiar del
HGZ No. 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

Dra. Norma Alejandra Gutiérrez Romo

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ASOCIADAS CON EL CONTROL
GLUCÉMICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN EL PACIENTE DEL
PROGRAMA DIABETIMSS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 07 DEL
IMSS DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.”**

Número de Registro: **R-2011-101-14** del Comité Local de Investigación en Salud
No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Residente Norma Alejandra Gutiérrez Romo asistió a las asesorías
correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que
no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside,
para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted la atención que dé a la presente y quedo a la
disposición de usted.


ATENTAMENTE

DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

**NORMA ALEJANDRA GUTIÉRREZ ROMO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E**

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis Titulado:

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ASOCIADAS CON EL CONTROL GLUCÉMICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN EL PACIENTE DEL PROGRAMA DIABETIMSS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 07 DEL IMSS DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 8 de Febrero de 2012.**

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

INDICE GENERAL

Índice General	i
Índice de Gráficas	ii
Resumen	iii
Introducción	1
Antecedentes Científicos	3
Planteamiento del Problema	10
Definiciones	18
Justificación	19
Marco Teórico	21
Objetivos	31
Hipótesis	32
Material y Métodos	33
Resultados	40
Discusiones	47
Conclusiones	48
Glosario	49

Bibliografía 50

Anexos 55

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Control Glucémico	41
Gráfica 2. Tipos de Estrategias de Afrontamiento	42
Gráfica 3. Calidad de Vida en Salud	43
Gráfica 4. Asociación de Estrategias de Afrontamiento y Glucemia	44
Gráfica 5. Asociación de Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Salud	45
Gráfica 6. Asociación de Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Salud con el Control Glucémico	46

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En México la diabetes mellitus ha sido motivo de estudio ya que se ha observado que los pacientes tienen diversas formas de afrontar su enfermedad para lograr un mejor control glucémico y con ello mejorar su calidad de vida. El paciente diagnosticado con diabetes presenta un impacto emocional y conductual debido a que a partir de ese momento tiene que asumir el hecho de que la enfermedad durará toda la vida y que tendrá que hacer modificaciones en su comportamiento con el propósito de sobrellevar de forma saludable las situaciones que se le presenten. El afrontamiento se ha considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación a la enfermedad.

OBJETIVO: Determinar la asociación de las estrategias de afrontamiento con el control glucémico y la calidad de vida en salud del paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7 de Aguascalientes.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y analítico. Se calculó una muestra de 268 pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en el programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar No 7 de Aguascalientes. Se llevó a cabo la aplicación de un cuestionario compuesto por 87 ítems que identificaron las características sociodemográficas de la población en estudio; el afrontamiento en las categorías de adecuado centrado en el problema, adecuado centrado en la emoción, inadecuado centrado en el problema e inadecuado centrado en la emoción a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento; la calidad de vida en salud mediante el cuestionario DM-39 y el control glucémico de acuerdo al promedio de las tres últimas tomas de glucemia consignados en el expediente. Una vez determinado el tipo de afrontamiento se asoció con la calidad de vida en salud y el control glucémico.

RESULTADOS: los resultados obtenidos muestran que el afrontamiento adecuado en pacientes con control glucémico fue de 69.1%, mientras que para el afrontamiento inadecuado fue de 92.3% para pacientes con descontrol glucémico. Por otra parte la buena calidad de vida en salud se mostró en el 72.4% en los pacientes con control glucémico mientras que para los pacientes con descontrol glucémico fue de 27.5%. Se estableció la asociación entre las variables afrontamiento, calidad de vida en salud y control glucémico.

El afrontamiento inadecuado mostró una asociación con un OR 2.37, IC 95%, 1.92-2.92 y la calidad de vida en salud mostró asociación con un OR 2.71, IC 95%, 2.16-3.39, mostrando ambas variables una diferencia estadística altamente significativa ($p < 0.0001$).

CONCLUSIONES: con este estudio se demuestra que el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas en el paciente diabético tipo 2 se asocia de forma positiva con un buen control glucémico y una buena calidad de vida en salud. Por lo tanto es necesario detectar a aquellos pacientes en los que sea necesaria una intervención para modificar las estrategias que estén condicionando el mal control de su enfermedad y deteriorando su calidad de vida.



INTRODUCCION

La diabetes mellitus es considerada en la actualidad un problema de salud importante a nivel mundial debido a su cronicidad y a las complicaciones que surgen de ésta si no se tienen los recursos y si no se afronta de la mejor manera deteriorando la calidad de vida del que la padece, todo esto a pesar de los esfuerzos llevados a cabo por parte de las instituciones de salud. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2006 se ha estimado un aumento en la prevalencia de diabetes mellitus en México de un 7% y para el 2007 fue la primera causa de mortalidad general tanto en hombres como en mujeres (12% y 16% respectivamente).

Pero aunque realizar el diagnóstico de diabetes es cada vez más sencillo y de que los tratamientos disponibles para lograr el control son accesibles, las consecuencias del mal control y la mortalidad siguen en aumento.

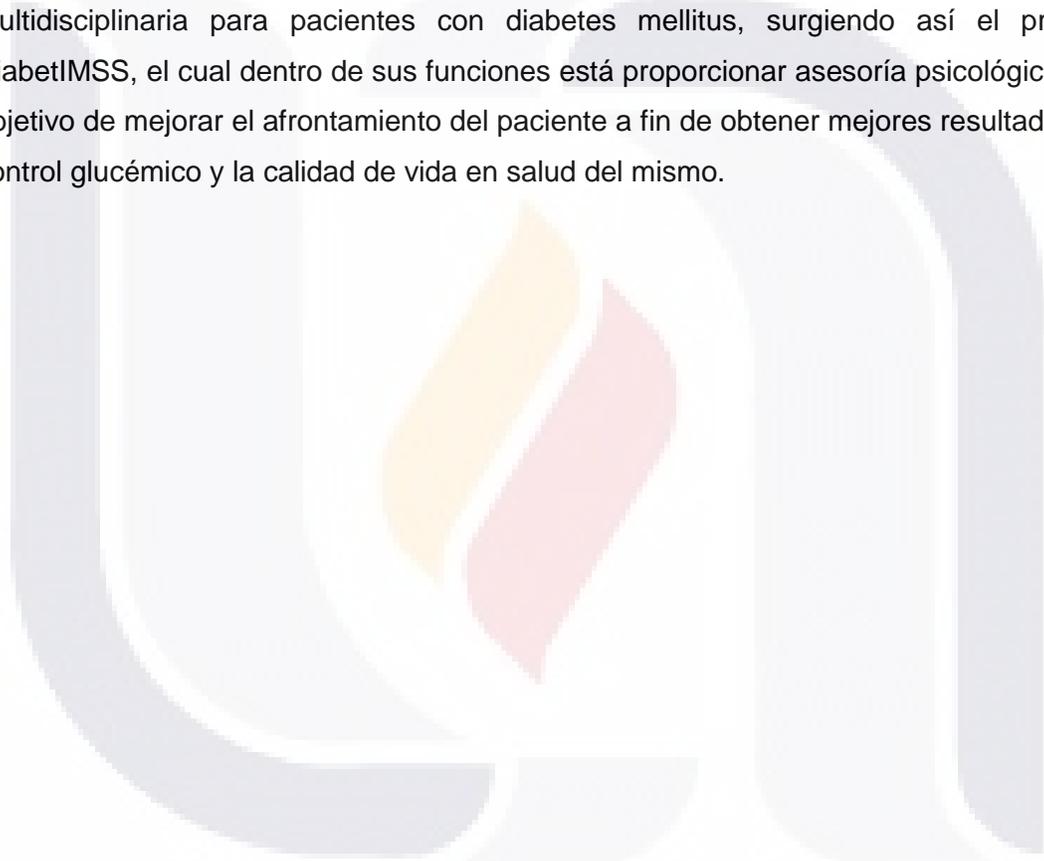
El paciente diagnosticado con diabetes presenta un impacto emocional y conductual debido a que a partir de ese momento tiene que asumir el hecho de que la enfermedad durará toda la vida y que tendrá que hacer modificaciones en su comportamiento con el propósito de sobrellevar de forma saludable las situaciones que se le presenten.

Pero a pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la enfermedad estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento que surjan ante la incertidumbre que trae consigo la patología. Así, el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier persona y representa una de las variables personales que intervienen para que el individuo que padece una enfermedad crónica logre aceptarla. El afrontamiento se ha considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación a la enfermedad.

En el ámbito de la calidad de vida en salud las investigaciones se han enfocado en la probable influencia que pudiera tener una determinada estrategia de afrontamiento sobre el curso de la diabetes mellitus.

Teniendo así que el estudio de dicha asociación encuentra su base en el rol modulador que tiene la estrategia de un paciente para enfrentar la diabetes, en el surgimiento del estrés y en la calidad de vida; asumiendo que a mayor estrés percibido, menor es la calidad de vida reportada y mayor el descontrol de la enfermedad; sin embargo, la evidencia no es concluyente ya que mientras que algunos autores plantean que entre estrategias de afrontamiento, control glucémico y calidad de vida en salud no existe asociación otros afirman lo contrario.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social se ha implementado la atención multidisciplinaria para pacientes con diabetes mellitus, surgiendo así el programa DiabetIMSS, el cual dentro de sus funciones está proporcionar asesoría psicológica con el objetivo de mejorar el afrontamiento del paciente a fin de obtener mejores resultados en el control glucémico y la calidad de vida en salud del mismo.



ANTECEDENTES CIENTIFICOS

1. Rui Coelho y cols. Psychosomatics 2003; 44:312-318. Trabajo en el que se examinó la correlación entre estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diabéticos no insulino dependientes. Se incluyeron 123 pacientes que acudieron a un centro de salud al norte de Portugal entre los meses de noviembre de 1998 y enero de 1999; el grupo comparativo consistió de 124 individuos no diabéticos que acudieron a citas médicas en el mismo centro durante el mismo periodo de tiempo.

Respondieron a un cuestionario socio demográfico, el perfil de salud Nottingham para evaluar calidad de vida y el inventario de respuesta de afrontamiento – versión para adultos (CRI-A). Los pacientes diabéticos tuvieron una edad promedio de 61.9 años y el 52% fueron mujeres. La edad promedio del grupo control fue 60.2 años y el 53% fueron mujeres. El género se asoció con diferencias en la calidad de vida en ambos grupos, teniendo las mujeres diabéticas mayores puntajes para cada dimensión del perfil de salud de Nottingham. No hubo diferencias estadísticas significativas entre los pacientes diabéticos y el grupo de comparación en cuanto a la evaluación de calidad de vida ($p = 0.87$), sin embargo en las dimensiones de energía, movilidad física, reacciones emocionales y aislamiento social, los diabéticos obtuvieron mayores puntajes lo que indica una peor calidad de vida en ese sentido. La mayoría de los pacientes en el estudio consideró a la diabetes y los cambios en el estilo de vida secundarios a ésta más como una amenaza (42.3%) que como un reto (26.8%). Así mismo, los pacientes diabéticos tuvieron mayores puntajes para los estilos de afrontamiento evitativos que para los activos. Los hombres tuvieron puntuaciones mayores que las mujeres para el estilo de afrontamiento evitativo de búsqueda de recompensas alternativas ($p < 0.02$); las estrategias de afrontamiento pasivas se correlacionaron con una peor calidad de vida excepto para la dimensión de búsqueda de beneficios alternativos ($p = 0.11$). Estos resultados muestran que los pacientes diabéticos tienden a usar las estrategias evitativas más que las activas para afrontar la enfermedad. Aunque en estudios previos se ha demostrado que existe una correlación entre las estrategias evitativas e indicadores negativos de funcionalidad, la correlación entre métodos confrontativos y funcionamiento no es consistente.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuando se analiza la correlación entre calidad de vida y estilo de afrontamiento, los evitativos se han asociado con peores índices de calidad de vida, excepto para el de búsqueda de recompensas alternativas, el cual se vincula con mejor calidad de vida. Estos resultados muestran que existen varias formas de agrupar las dimensiones del afrontamiento; tanto los estilos activos y evitativos pueden ser importantes en situaciones específicas, en relación a estresores específicos o en etapas específicas del proceso de afrontamiento.

2. Carmen D. Samuel-Hodge et al. Diabetes Educ 2008; 34(3):501-510. Estudio que describió a través de un análisis bivariado y multivariado la asociación entre estilos de afrontamiento, factores psicosociales, conductas de autocuidado y calidad de vida en una muestra de 185 pacientes diabéticos tipo 2 afroamericanos que fueran mayores de 20 años, sin historia de cetoacidosis, atendidos en un servicio de atención primaria; se excluyeron a embarazadas o en lactancia, diabetes secundaria a otra condición y que no hablaran inglés. Se evaluaron con la escala de estilos de afrontamiento de Jalowiec, la escala de estrés percibido, la calidad de vida con el SF-36, el cuestionario de competencia percibida en diabetes, el cuestionario de áreas problemáticas en diabetes, la encuesta de auto-eficacia en diabetes; además de la HbA1c, el peso y la tensión arterial; la actividad física con el monitor Actigraph y las conductas dietéticas. El 64.9% de los pacientes fueron mujeres, la edad promedio fue de 59 años, con un IMC de 34.9 kg/m², 35.9 años de diagnóstico y una HbA1c de 7.8%. Los participantes reportaron el uso de frecuente de estilos pasivos de afrontamiento seguido de los emotivos y los activos. Las personas de mayor edad y las que tuvieron menor nivel educativo tuvieron una fuerte asociación con el estilo pasivo de afrontamiento ($p=0.28$ y 0.30). Los que reportaron un uso frecuente de un afrontamiento emotivo tuvieron mayor percepción de niveles de estrés ($p=0.62$), más áreas problemáticas en diabetes ($p=0.42$); en contraste, se asoció negativamente con las puntuaciones en calidad de vida ($p=0.30$); las estrategias activas no tuvieron asociación con una buena calidad de vida ($p=0.99$). Los estilos de afrontamiento se asociaron débilmente con las conductas dietéticas mientras que no lo hicieron con la actividad física ($p = -0.02$ y -0.11). El control glucémico medido a través de la HbA1c no se asoció con las estrategias pasivas ($p= -0.03$) y activas ($p= -0.05$).

En esta muestra las evaluaciones negativas de ser capaces de controlar la diabetes y la eficacia en el auto cuidado se asociaron con los estilos de afrontamiento emotivos, mientras que, los estilos activos y pasivos sugirieron más evaluaciones positivas y en los resultados en calidad de vida el uso menos frecuente de afrontamiento activo y emotivo se asociaron con mejores resultados. Estos resultados sugieren que las diferentes estrategias de afrontamiento son usadas en adaptación a las diferentes dimensiones que implica vivir con diabetes, a más formas activas se obtienen mayores influencias positivas en las conductas de auto cuidado y menos estilos activos son benéficos para los resultados psicológicos.

3. G. Kacerovsky-Bielez et al. *Diabetologia* (2009) 52:781-788. Estudio en el que describieron la diferencia existente específica de género en términos de control glucémico y factores sociales y psicológicos además de evaluar como estos factores se asociaron con el control glucémico midiendo la HbA1c. Se reclutaron 257 pacientes en Viena, Austria que cumplieran con los criterios de tener entre 40 y 80 años, ser diabéticos tipo 2 y ser capaces de leer y llenar los cuestionarios. Se utilizaron como instrumentos de medición un cuestionario socio demográfico, un cuestionario de conocimiento en diabetes, la escala de afrontamiento de Freiburger, el cuestionario de áreas problemáticas en diabetes, el cuestionario de locus de control en diabetes, la versión alemana del perfil de salud de Nottingham para calidad de vida, la escala Berlín de apoyo social, la escala de ajuste marital, el cuestionario de satisfacción al tratamiento en diabetes. Del total de pacientes el 47% era tratado con insulina y el 53% por hipoglucemiantes orales; el 43% tenía menos de 65 años mientras que el 57% era mayor de 65 años. Las mujeres usaron más y diferentes estrategias para afrontar la diabetes, en particular la religión ($p=0.0001$), el afrontamiento activo ($p=0.048$) y la distracción ($p=0.007$); también expresaron un nivel más bajo de satisfacción con el apoyo social ($p=0.034$). La satisfacción y el deseo sexual mostró diferencias entre hombres y mujeres ($p<0.001$), así como entre los pacientes viejos y jóvenes ($p<0.001$), lo que habla de un mayor deseo en hombres y pacientes jóvenes y mayor satisfacción entre mujeres y ancianos.

En las mujeres las complicaciones a largo plazo ($p=0.004$) tuvieron una asociación positiva con la HbA1c; el bajo deseo sexual ($p=0.002$), una baja calidad de vida ($p=0.003$ a 0.027) y una estrategia depresiva de afrontamiento ($p=0.031$) se asociaron con un mal control glucémico.

En los hombres un grado alto de disfunción eréctil se asoció a un mal control glucémico ($p=0.066$) al igual que las subescalas de apoyo social, satisfacción con el apoyo ($p=0.054$) y apoyo instrumental ($p=0.066$). Una baja calidad de vida, el locus interno de control y una mayor prevalencia de emociones negativas probablemente evitó que las mujeres lograran un mejor control glucémico a pesar de tener mayores esfuerzos para afrontar la diabetes.

4. Mathias Rose et al. Diabetes Care, volume 25(1):35-42, 2002. Examinaron como un modelo matemático puede ser construido para representar la asociación relativa de las variables psicológicas para lograr un adecuado control glucémico y una buena calidad de vida en pacientes diabéticos. La muestra fue conformada por 625 pacientes diabéticos (224 tipo 1 y 401 tipo 2) que habitaban en Berlín, Alemania a los cuales se les aplicaron diferentes cuestionarios: el cuestionario de calidad de vida en salud de la OMS (WHOQoL), el cuestionario de estrategias de afrontamiento de Freiburger, el cuestionario de conocimientos específicos en diabetes, la escala de satisfacción de la entrevista médica y los Test de Giessen y de creencias en auto eficacia y optimismo; además de medir los niveles de HbA1c. En los resultados encontraron que aquellos pacientes con complicaciones metabólicas agudas tuvieron peores valores de HbA1c ($\beta=0.15$), mientras que los que reportaron un estilo de afrontamiento activo tuvieron mejores valores de Hb glucosilada ($\beta=0.19$). Los pacientes con una actitud más optimista, los que mostraron fuertes creencias en la auto-eficacia presentaron valores más altos en los niveles de calidad de vida y tuvieron como estilo de afrontamiento el activo. Este último factor fue la única variable psicológica importante para los valores de HbA1c.

5. Alfonso Urzúa Morales y cols. *Interamerican Journal of Psychology* 2008, Vol 42, Num 1 pp. 151-160. Llevaron a cabo un estudio con el objetivo de analizar la correlación existente entre la calidad de vida (CV) en salud percibida y el estilo de afrontamiento (EA) en personas viviendo con una patología crónica en una población de consultantes de Atención Primaria en Salud de las ciudades de Barcelona, España y Antofagasta, Chile. La muestra estuvo conformada por 220 personas con una patología crónica no transmisible prevalente en el primer nivel de atención en salud (120 chilenos, 100 españoles) y 220 personas sin la condición de cronicidad (120 chilenos, 100 españoles). Para evaluar la CV se utilizó la Escala WHOQoL-Bref de la OMS; para los EA usaron la adaptación de una escala creada en el Departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco que los agrupa en 4 categorías (activo conductual, activo cognitivo, evitativo conductual y evitativo cognitivo). El análisis de la correlación existente entre la calidad de vida y los diversos estilos de afrontamiento se realizó a través del coeficiente de correlación rho de Spearman. El 54% de los participantes fueron mujeres, la media de edad fue de 52.8 ± 13.2 años, el tiempo promedio viviendo con la enfermedad fue de 8.5 ± 8.94 años. Con relación al tipo de patología, el mayor porcentaje correspondió a las cardiovasculares (43.6%), diabetes mellitus (25.5%), artritis y artrosis (17.7%) y asma (9.1%). La CV es mayor entre las personas que no tienen una patología crónica por sobre los que si ($p < .001$), y en la muestra española por sobre la chilena ($p < .001$). En la muestra chilena sólo correlacionan con CV los estilos conductuales, tanto activo ($p = .010$), de manera directa, como el evitativo ($p < .001$) de manera inversa. A nivel de la muestra española, sólo correlacionan significativamente con la CV los estilos cognitivos, tanto el activo ($p = .001$) como el evitativo ($p = .029$). A nivel de la muestra de crónicos, correlacionan con la CV general de manera inversa los estilos activo cognitivo ($p = .027$), evitativo conductual ($p < .001$) y evitativo cognitivo ($p = .029$). A nivel de la muestra de controles, correlacionan significativamente con la CV general las estrategias conductuales tanto la activa ($p = .001$) de manera directa, como la evitativa ($p = .025$) de manera inversa.

Con relación a nivel de CV, tanto a nivel de los enfermos crónicos como de los controles sanos, esta es calificada mayoritariamente como de normalidad; sin embargo, es significativa la diferencia entre los rangos promedios de ambos grupos, teniendo los controles una mejor evaluación de su CV que los crónicos evaluados. Con relación a los EA, en la muestra española predomina el tipo activo mientras que en Chile predomina el tipo evitativo. Al considerar la condición de morbilidad, pese a que existe un mayor número de pacientes crónicos en los que prevalece un EA evitativo cognitivo, la diferencia con la muestra de controles no alcanza a ser estadísticamente significativa. Esto es, no existirían diferencias entre personas que viven con una patología crónica y las que no en cuanto a EA. Los hallazgos encontrados no permiten precisar la correlación de un único tipo de EA vinculado específicamente a la CV en una patología crónica.

6. Tarik Tuncay et al. Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:79. Estudio transversal que investiga las estrategias de afrontamiento y su correlación con la ansiedad y las características socio demográficas de los pacientes con diabetes tipo 1 y 2. Se reclutaron 161 pacientes de una comunidad en Turquía, excluyeron a los que tenían diagnóstico de DM menor de 6 meses o que tuvieron una comorbilidad severa. Para medir la ansiedad se usó la Escala de Ansiedad de Spielberger, para el afrontamiento la escala abreviada del cuestionario COPE (COPE-28) y un cuestionario socio demográfico. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la prueba de Pearson para la correlación entre las variables. La edad media de los pacientes fue de 49 años, la duración media de la enfermedad fue de 10.1 años, 60.9% fueron mujeres, 89.7% estaban casados, 91.9% vivían dentro de una familia nuclear, 85.7% estaban desempleados, 79.5% eran de clase media y 75.8% eran diabéticos tipo 2. Los diabéticos tipo 1 tuvieron niveles más altos de ansiedad a comparación de los diabéticos tipo 2. Las estrategias de afrontamiento enfocadas a los problemas que más emplearon ambos grupos de pacientes en orden de frecuencia fueron: aceptación, religión, planeación, reestructuración positiva, apoyo instrumental, afrontamiento activo y apoyo emocional. Las estrategias enfocadas en la emoción más utilizadas fueron: auto-distracción y la expresión.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aunque el uso de ambas estrategias fue similar para ambos grupos, los diabéticos tipo 2 emplearon más las estrategias enfocadas a los problemas.

Casi el 79% de los pacientes experimentaron ansiedad relacionada a la diabetes, lo que contrasta con otro estudio en donde dicho nivel fue del 34.4%; las estrategias enfocadas al problema se correlacionaron de forma negativa con la ansiedad ($p = -0.30$). Lo que lleva a concluir que es necesario prestar atención al estado psicológico del paciente para establecer la mejor estrategia de afrontamiento en cada individuo en particular.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

TITULO: Estrategias de afrontamiento asociadas con el control glucémico y la calidad de vida en salud en el paciente del programa DiabetIMSS en la unidad de medicina familiar # 7.

OBJETO DE ESTUDIO: estrategias de afrontamiento asociadas con el control glucémico y la calidad de vida en salud.

SUJETO DE ESTUDIO: paciente diabético tipo 2 en el programa DiabetIMSS de la UMF 7

CONTEXTO: Unidad de Medicina Familiar # 7

El Programa DiabetIMSS en la UMF No 7 del IMSS Delegación Aguascalientes cuenta con un total de 883 pacientes cuyas edades fluctúan entre 20 a 75 años de edad. El 77.7% corresponde al género femenino; el 77.8% vive en la zona urbana; la escolaridad que prevalece es la primaria con un 52.8%, seguida de la secundaria con 19.4%, carrera técnica 16.7% y nivel superior 2.8%.

En los últimos 30 años en el contexto de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, comienza a resaltarse la presencia del estrés y el uso de las estrategias de afrontamiento. Las investigaciones iniciales partían del supuesto implícito de que existían estresores prácticamente universales, pero pronto se observó que había diferencias en cómo las personas afrontaban el mismo suceso estresante.

Al mismo tiempo, comienza el estudio de la calidad de vida en salud en patologías como la diabetes ya que los avances terapéuticos han permitido una mayor tasa de supervivencia obligando a los pacientes a adaptarse a la enfermedad y a los factores psicológicos que la rodean.^{1, 2, 3}

En la década de los noventa, el afrontamiento ya es considerado como un factor mediador en relación a la adaptación a la enfermedad; y a inicios del presente siglo se habla de que se encuentra vinculado a resultados físicos y psicológicos en salud, existiendo un relativo acuerdo de que existiría una asociación entre la diabetes y una estrategia de afrontamiento específica.

Mientras que en el contexto de la calidad de vida en salud, las investigaciones en patologías crónicas han planteado que las estrategias de afrontamiento tienen un impacto sobre la calidad de vida y que su papel es importante para su comprensión.^{2,4}

Teniendo así que las dificultades para adaptarse y afrontar la enfermedad pueden influir negativamente en el control glucémico y predisponerlo a la presencia de desordenes afectivos como la ansiedad y la depresión, y todo esto a su vez, afectar la percepción de calidad de vida en salud.^{1,5}

De esta manera aunque ciertos autores asumen que la calidad de vida en salud y el afrontamiento se asociarían con la regulación glucémica, en algunos estudios llevados a cabo en EUA y México el control glucémico no se asoció con las dos primeras; y en otro estudio se observó que solo las estrategias de afrontamiento activas se asocian con mejores niveles de hemoglobina glucosilada.^{6,7}

Mientras algunos autores mencionan que los cambios en el tratamiento y la progresión de la enfermedad tienden a disminuir la calidad de vida del paciente diabético, esto debido a que el uso de estrategias de afrontamiento evitativas o pasivas no permiten que realice las acciones necesarias para lograr el ajuste adecuado para tener como resultado un buen control glucémico.^{1,5}

En países como Brasil y Japón, se vio que no existen diferencias significativas en la calidad de vida en salud entre pacientes diabéticos y aquellos que no lo son; y que los pacientes diabéticos tienden a usar estrategias de tipo evitativo sin encontrar una asociación consistente con una mala calidad de vida en salud reportada y el control glucémico.^{5,8}

En México se han hecho esfuerzos para mejorar el cuidado integral del paciente diabético, por lo que se han creado grupos de atención multidisciplinaria como DiabetIMSS en donde intervienen diferentes disciplinas del sistema sanitario (médicos, enfermería, trabajo social, odontología, nutrición) y en donde el servicio de Psicología realiza el abordaje psicoemocional del paciente incluido en el grupo con el fin de mejorar la integración de su enfermedad al ambiente personal y social que lo rodea.

Sin embargo no se han estudiado las estrategias de afrontamiento de los pacientes incluidos en el programa y si estas se asocian con el control glucémico y la calidad de vida en salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con programas y normas técnicas para la atención, prevención y control de la enfermedad, siendo estas la base para la implementación del programa DiabetIMSS con la finalidad llevar a cabo una atención multidisciplinaria y poder contribuir a la disminución de la aparición de complicaciones de la enfermedad, así como el perfeccionamiento de sus conductas y manejo:

- **NORMA OFICIAL MEXICANA PARA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS NOM-015-SSA2-2010:** establece los procedimientos para la prevención, tratamiento, control de la diabetes y la prevención médica de sus complicaciones.¹⁰
- **PREVENIMSS:** programa creado en el 2001, caracterizado por ser una estrategia de prestación de servicios sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad. Previsión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, vigilancia de la nutrición, prevención, detección y control de enfermedades y salud reproductiva.

Es un mecanismo eficaz para impulsar la adopción de prácticas y hábitos saludables entre la población y programas dirigidos a algún padecimiento como el Grupo de Autoayuda SODHI.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- **GRUPO SODHI:** son una estrategia que promueve el autocuidado de la salud y la participación del propio paciente, su familia y su comunidad. El enfermo debe tomar conciencia de su responsabilidad en el control de su padecimiento con el propósito de lograr cambios que favorezcan en los estilos de vida. El grupo se integra con pacientes que padecen sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes, la orientación educativa tiene cuatro áreas fundamentales: teórica, panorama epidemiológico, alimentación, actividad física, manejo de las emociones.

- **GUIA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2:** Esta guía pone acciones para la detección, diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico de la diabetes tipo 2, así como la identificación precoz de las complicaciones de la enfermedad en el primer nivel de atención.¹¹

- **GUÍA TÉCNICA PARA OTORGAR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL EN EL MÓDULO DIABETIMSS A DERECHOHABIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR:** El Módulo DiabetIMSS, se implementa como una estrategia para mejorar las acciones de prevención y atención integral de la diabetes por lo que éste documento es empleado como apoyo técnico para la operación del Módulo DiabetIMSS.

Al módulo DiabetIMSS, le caracteriza una estructura definida para lograr los objetivos descritos en esta guía técnica.

a) Estructura Física: Un consultorio que funciona en 2 turnos y un área para actividad educativa grupal. Localizados en la unidad de Medicina Familiar N°07.de la delegación Aguascalientes.

b) Personal: En el que recae la responsabilidad de la atención y de operar las recomendaciones de atención a la salud. El equipo está formado por el Director de la unidad médica UMF 07. Equipo básico adscrito exclusivamente para el módulo que labora en el turno matutino y turno vespertino: 2 Médicos Especialistas en Medicina Familiar, 2 Enfermeras Generales, 2 Trabajadores Sociales. Equipo con intervenciones programadas de tiempo parcial: Estomatólogo y Nutricionista Dietista, y apoyo del pasante de psicología de servicio social.

c) Funcionamiento: Cita simultánea a grupo y consulta individual al paciente diabético y su familia, la atención se encuentra basada en la aplicación de guías de práctica clínica y manuales de atención para el paciente y para el instructor, así como guía técnica de procedimientos. Dentro del funcionamiento el servicio de Psicología realiza las siguientes intervenciones:

- **Intervención Grupal:** Coordina y asesora a la enfermera y trabajadora social para planear la dinámica de los grupos.

Participa en el adiestramiento al equipo de salud sobre elección y aplicación de técnicas de modificación de conducta.

Participa en reuniones periódicas para la intervención en sesiones de terapia conductual.

Participa en reuniones periódicas con el resto del equipo, para ajustar los procedimientos a las condiciones locales y para asegurar su correcto funcionamiento.

Se imparten 3 sesiones grupales sobre técnicas de modificación de conductas enfocadas a la solución de problemas, prevención de recaídas y manejo saludable del estrés, en las cuales al final de cada una de ellas se les aplica un cuestionario para reforzar lo aprendido y estimular al paciente a que realice los cambios necesarios para cambiar las conductas que considere inadecuadas.

- **Intervención individual:** Otorga atención psicológica a pacientes en los que se detecten problemas emocionales.

Realiza la intervención, evaluación y seguimiento a los pacientes identificados. Retroinforma al paciente sobre la evolución de su patología.

d) Equipamiento: Cámara digital para fotografía de retina, equipo según guía mecánica de equipamiento para consultorio, monofilamento. Desarrollo de una página específica de expediente clínico electrónico para el registro de actividades del paciente que labora en el módulo. Determinación de HB glucosilada, colesterol, triglicéridos y micro albuminuria, así mismo se cuenta con la guía clínico-diagnostica 2008 para el manejo integral del paciente DiabetIMSS.¹²

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es así que el afrontamiento es considerado uno de los conceptos principales en la Psicología y en el contexto de la calidad de vida en salud, ya que está relacionado con la regulación de las emociones durante el periodo de estrés que suponen las enfermedades crónicas.

Pero existen resultados contradictorios en la identificación de aquellas estrategias de afrontamiento que puedan llegar a favorecer la calidad de vida en salud y ésta a su vez el control glucémico de los pacientes diabéticos debido a que unos autores miden cómo los pacientes afrontan factores estresantes en general mientras que otros plantean la cuestión de que la investigación debería centrarse en el afrontamiento a cuestiones relacionadas únicamente con la diabetes.^{1, 18}

Hay investigaciones que plantean que entre estrategias de afrontamiento, control glucémico y calidad de vida en salud no existiría asociación alguna o las asociaciones no son significativas; mientras que otras plantean que sí existe, pero no son concluyentes al especificar una asociación directa de una estrategia específica de afrontamiento con un determinado nivel de calidad de vida reportado y su influencia en el control glucémico.^{2, 7}

Se comenta por ejemplo que el afrontamiento activo puede afectar el control glucémico impulsando la adherencia al régimen terapéutico y que puede favorecer la resolución de problemas, facilitar cambios conductuales y mejorar la percepción sobre calidad de vida en salud que se tiene, aunque también se ha demostrado que dicha estrategia incrementaría los niveles de estrés provocando el deterioro de la calidad de vida en salud del paciente.^{2, 7, 16}

En el caso del afrontamiento pasivo, la mayoría de los hallazgos lo vinculan con una pobre calidad de vida en salud y mal control glucémico, pero hay quienes plantean que cuando el individuo no cuenta con un sentimiento de control sobre la situación ésta estrategia sería más benéfica, esto debido a que un afrontamiento activo puede generar frustración cuando se siente que el control se está perdiendo.²

Estas estrategias tendrían un papel importante en el control glucémico y la calidad de vida en salud del paciente, pero sigue sin haber un consenso acerca de cuáles son las más efectivas para la resolución de problemas y prevención de dificultades a futuro y si la preferencia por alguna depende de la naturaleza de la enfermedad.

Por lo que la evidencia al respecto no es concluyente, razón por la cual es necesario llevar a cabo este trabajo y así encontrar las estrategias de afrontamiento en los pacientes diabéticos tipo 2 y su asociación con el control glucémico y la calidad de vida en salud.^{1, 5, 13,14, 15}

Además de que estudios realizados han encontrado que entre los pacientes diabéticos el riesgo de presentar una enfermedad psiquiátrica se eleva a un 40%; que el 53% de los pacientes con diabetes presenta datos de estrés relacionados con la enfermedad al momento del diagnóstico y que dicho estrés se expresa como ansiedad, temor y depresión^{1, 17, 18}. Por lo que los niveles de ansiedad relacionados con la enfermedad van desde un 14 a 79%, los de depresión fluctúan de un 8.5 a 44% y que esto se debe a la variación en las estrategias de afrontamiento que cada paciente en particular elige.^{1, 5, 19, 20} Y la presencia de un afrontamiento activo fluctúa entre el 30 y 80% de los pacientes y del 4 al 71% utiliza estrategias pasivas, siendo en estos últimos en donde se ha observado la presencia de un mal control glucémico y una mala calidad de vida en salud.¹⁶

El uso de una estrategia activa tendría como consecuencia un adecuado control glucémico y una buena calidad de vida en salud, sin embargo los pacientes diabéticos tienden a utilizar una estrategia pasiva lo cual los lleva a presentar un curso desfavorable de la enfermedad empeorando el funcionamiento social, psicológico y fisiológico.

Todo esto contribuye al mal control de la enfermedad con las complicaciones a corto y largo plazo que esto implica para él mismo y la comunidad en la que se desenvuelve con el consiguiente deterioro en su calidad de vida e incluso con la presencia de muerte prematura, acarreando un alto costo económico y social para la Institución.²¹

Además la presencia o ausencia de determinados factores contribuirán a que el paciente diabético no afronte adecuadamente el estrés propio de la enfermedad desencadenando un desajuste glucémico y alterando la percepción de su calidad de vida.

Entre dichos factores podemos enunciar a nivel del paciente la presencia de estrés o ansiedad, el tipo de afrontamiento dominante, comorbilidades. En el ámbito institucional sería la falta de una evaluación psicológica integral, no contar con estrategias para modificar los tipos de afrontamiento, la especialización de la institución para el tratamiento adecuado de los pacientes con diabetes.

Hasta el momento los estudios llevados a cabo sobre estrategias de afrontamiento, control glucémico y calidad de vida en salud en los pacientes con diabetes mellitus no llegan a un acuerdo acerca de qué tipo de estrategia es la más adecuada para manejar los cambios que significa ser diagnosticado con dicha enfermedad y sí esas estrategias contribuyen o no en el control glucémico y en la percepción de la calidad de vida en salud.

Dentro del programa DiabetIMSS no existen resultados que exploren las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes atendidos en el módulo y cómo se asocian con el control glucémico y la calidad de vida en salud.

Existen otros estudios en los cuales se observó que el uso de estrategias activas es más frecuente en el paciente con diabetes tipo 2 contribuyendo a un buen control de la enfermedad; que a mayor edad y menor nivel educativo hay una asociación con el estilo pasivo de afrontamiento; las estrategias activas no se asocian con una buena calidad de vida y que el control glucémico no se asoció con las estrategias pasivas ni con las activas así como que hay una asociación entre menor nivel de calidad de vida, afrontamiento pasivo y pertenecer al género femenino.^{1, 18, 21}

Con este estudio se pretende obtener la asociación que existe entre estrategias de afrontamiento, control glucémico y calidad de vida en salud de los pacientes incluidos en el programa DiabetIMSS. Para que una vez asociados se identifique a aquellos pacientes en los que estas variables estén contribuyendo a un deterioro integral y por lo cual no sea capaz de llegar a las metas deseadas para el buen funcionamiento de su persona tanto en el aspecto fisiológico como psicológico. Así, una vez identificados, posteriormente implementar intervenciones psicoterapéuticas para corregir o cambiar las estrategias de afrontamiento con el fin de mejorar el control integral del paciente.

DEFINICIONES

Afrontamiento: conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para controlar las demandas generadoras de estrés, que se auto perciben como superando los recursos propios de los que se dispone.^{24,27}

Calidad de vida en salud: el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas.^{32,34}

Control glucémico: entendido como los niveles de glucemia plasmática en ayuno, entre 70 mg/dl y menor a 110 mg/dl en los casos de diabetes sujetos a tratamiento en los sistemas nacionales de salud.⁵³

JUSTIFICACION

La prevalencia de la diabetes mellitus se encuentra en aumento como consecuencia del envejecimiento de la población y los estilos de vida poco saludables.

Se estima que actualmente es de las primeras causas de mortalidad en mujeres y hombres, así como también es considerada como uno de los principales motivos de discapacidad debido a las complicaciones a corto y largo plazo que traen consigo un alto gasto para la sociedad en general así como para las instituciones de salud.

Los pacientes con diabetes tienen que enfrenar la adaptación a la enfermedad no solo cuando ésta se establece sino a través de varias etapas de la misma. Todo ello conlleva a que el individuo pueda llegar a presentar la sensación de que está perdiendo la sensación de control sobre él mismo manifestándose como una alta carga de estrés emocional que a su vez repercutiría en su percepción de calidad de vida en salud y en el ajuste glucémico necesario para disminuir la probabilidad de presentar complicaciones a corto plazo.

Debido a su frecuencia, índices de morbilidad, mortalidad y efectos socioeconómicos de las poblaciones, se requieren medidas trascendentales para evitar sus complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En la actualidad dentro del programa DiabetIMSS de la UMF N°7 de Aguascalientes no se conoce el tipo de estrategias de afrontamiento ni su asociación con el control glucémico y la calidad de vida en salud de los pacientes ahí incluidos, motivo por el cual se pretende llevar a cabo esta investigación.

El estudio que se propone está encaminado a identificar las estrategias de afrontamiento y su asociación con el control glucémico y la calidad de vida en salud del paciente diabético tipo 2 en el programa DiabetIMSS de la UMF N° 7, ya que las investigaciones realizadas en ese aspecto muestran discrepancia sobre cómo se encuentran asociadas y no son concluyentes.

Esta investigación en condición del problema de salud pública, servirá para identificar al paciente que cuente con una estrategia de afrontamiento que esté deteriorando su calidad de vida e impidiendo un control glucémico con la finalidad de que posteriormente se implementen técnicas que ayuden a cambiar dicha estrategia para así evitar complicaciones a corto plazo que generan importantes costos económicos y sociales a la Institución.



MARCO TEORICO

Siempre ante un mismo suceso estresante como lo supone es el ser diagnosticado con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, las personas presentan reacciones muy diversas.

Lazarus & Folkman (1986) formularon que los individuos frente a una situación estresante realizan una valoración, y, si de la misma resulta el reconocimiento de que se carece de medios para evitar el daño, se realiza una segunda valoración a través de la cual se eligen los recursos disponibles.

En mayor o menor medida, en el caso específico de la enfermedad, ésta produce una ruptura del comportamiento y modo de vida habitual del sujeto, lo que genera un desequilibrio o situación estresante, que coloca a la persona en la necesidad de afrontarla para conseguir minimizarla o adaptarse a ella, modificándola, modificando la circunstancia o modificando a la persona.^{3, 22, 25}

Teniendo así, que las posibles consecuencias negativas del estrés generado por la enfermedad son reguladas o mediatizadas a través del proceso de afrontamiento al factor estresor.

ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Murphy en 1974, habla del afrontamiento como un proceso que permite que la persona sea capaz de tratar con un reto o aprovechar una oportunidad donde la adaptación al estrés sería el resultado. Y que cada persona utiliza su propio método para enfrentar una situación particular en un momento específico.

Billings y Moos en 1981 mencionan son los intentos que realiza la persona para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el fin de manejar el estrés y de realizar acciones concretas que le permitan modificar las situaciones problemáticas.¹⁶

Lazarus y Folkman (1986) lo definen como «un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para controlar (minimizar, dominar, tolerar) las demandas (externas, internas y su posible conflicto) generadoras de estrés, que se auto perciben como superando los recursos propios de los que se dispone». ^{24, 27}

La relación entre el estrés y el afrontamiento es recíproca, debido a que, las acciones que realiza una persona para enfrentar un problema, afectan la valoración del mismo y su subsecuente afrontamiento.

El afrontamiento actúa como un regulador de la perturbación emocional, de manera que, si es efectivo, no permite que se presente el malestar, y, en caso contrario, podría afectar la salud, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad para el sujeto. ²⁴

Para Holroyd y Lazarus (1982) las estrategias de afrontamiento, exitosas o no, pueden determinar que un individuo experimente o no el estrés.

De esta manera, enfatizan la importancia de contar con estrategias efectivas que sirvan para manejar con eficacia las demandas internas y externas.

Cada sujeto tiende a la utilización de estilos de afrontamiento que domina, o por aprendizaje, o por hallazgo fortuito, en una situación de emergencia.

Estos estilos de afrontamiento son «predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones, siendo los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional». ⁵²

Identificándose dos tipos de estilos básicos de afrontamiento:

1. Afrontamiento centrado en el problema: cuya función es modificar la situación problemática, para hacerla menos estresante para el sujeto. También se la considera como afrontamiento de aproximación.
2. Afrontamiento centrado en la emoción: Busca modificar la manera en que la situación es tratada para reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional negativa. Es necesario considerar las situaciones específicas en la que se produce cada estilo, ya que de esa forma se puede conocer mejor el modo personal de afrontamiento. ^{1, 26, 52}

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Y en relación a esto, los autores señalados describen la existencia de las siguientes estrategias de afrontamiento:

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas.
2. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte.
3. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
4. Búsqueda de apoyo social: acciones tendientes a buscar consejo, información, simpatía y/o comprensión de parte de otra persona.
5. Aceptación de la responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Huída – evitación: empleo de un pensamiento irreal, improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
8. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

Las estrategias que una persona utiliza pueden resultar adaptativas o inadaptativas, según su nivel de eficacia. Las primeras sirven para reducir el estrés y promover la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés a corto plazo, pero terminan erosionando la salud a largo plazo.

Las estrategias centradas en el problema se relacionan con resultados más positivos para afrontar el estrés, mientras que las centradas en la emoción parecen relacionarse más con la inadaptación, asociándose con la ansiedad o la depresión. La confrontación y el distanciamiento parecen llevar a los peores resultados.^{3, 27, 48}

Miller (1944), Freud (1957) y Maddi (1980), propusieron que las estrategias de afrontamiento podían ser organizadas en dos categorías mayores: estrategias aproximativas y estrategias evitativas frente al factor estresante.

Mientras que Zeitlin (1980), sugirió que las estrategias se organizaban mejor dependiendo de sus resultados como adaptativas o desadaptativas.²⁸

Tobin et al. En 1989 a partir de la Teoría de Lazarus & Folkman, jerarquizaron las estrategias de afrontamiento en ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias, definiéndolas de la siguiente manera:

- **Escalas primarias**

- Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.
- Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

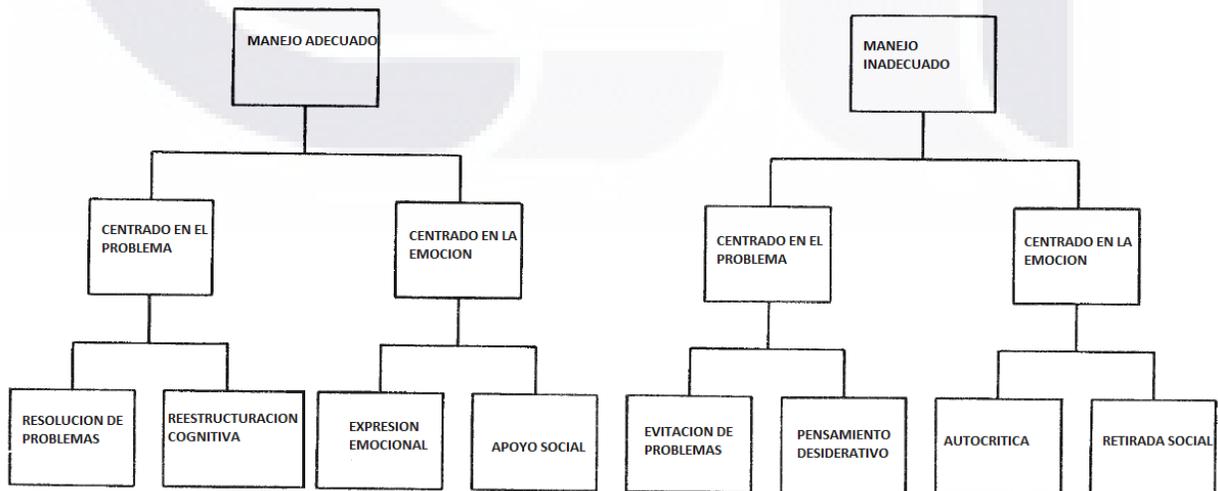
- **Escalas secundarias:**

- Manejo adecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado.

- Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.
- Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.
- Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones pero basado en el aislamiento la autocrítica y la autoinculpación.

- **Escalas terciarias:**

- Manejo adecuado: incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante.
- Manejo inadecuado: incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.^{28,29,30}



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cada paciente elaborará su propia experiencia de la enfermedad, incluyendo los aspectos emocionales y cognitivos, los cuales van a establecer las estrategias de afrontamiento que aplicará el mismo paciente. Teniendo de esta manera que el tipo de afrontamiento que se genere tendrá repercusión en el control de la enfermedad y en la calidad de vida percibida por el mismo.^{14, 1, 5}

CALIDAD DE VIDA EN SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

En años recientes, ha habido gran interés en lo concerniente a calidad de vida, especialmente en calidad de vida relacionada con la salud, alimentada por varios factores, incluida una gran evidencia sobre los efectos importantes de los factores físicos y psicosociales en la salud.³¹

Las investigaciones sobre Calidad de Vida carecen de una definición formal, lo que dificulta la comparación y recolección de información de los diferentes estudios.

Una definición influyente, por provenir de un organismo internacional, es la elaborada por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL Group 1995), que destaca el carácter subjetivo de la valoración al referir la Calidad de Vida a «las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones»³⁴

Así, varias conceptualizaciones de calidad de vida se han utilizado, yendo de lo general a lo específico. Las definiciones generales la refieren como la percepción de la vida en general, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud trata problemas específicos de la enfermedad.³²

La *calidad de vida relacionada con la salud* incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas.

Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo. Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida.^{31, 33, 54}

Patrick y Erickson (1993) la definen como *el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas.*^{32, 34}

La mayoría de las investigaciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud argumentan, o aceptan implícitamente, que es un concepto multidimensional y que esta debe ser preservada en su análisis e interpretación.

Entre las dimensiones o subdominios se incluyen capacidad funcional, estado físico, funcionamiento social, vida familiar, funcionamiento ocupacional, control sobre la propia salud, satisfacción con el tratamiento, bienestar emocional, comunicación, espiritualidad, sexualidad, estigmas, autoestima, o imagen corporal.^{34 49 54}

A partir de esta clasificación Boyer et al. (1997) mencionan que en pacientes con Diabetes Mellitus la evaluación de la calidad de vida debe ser más específica que en aquellos con otro tipo de patología ya que la manera en que dicha enfermedad repercute en cada individuo influirá de forma positiva o negativa para alcanzar las metas de control. Ellos encontraron que la mejor manera de calificar la calidad de vida en el paciente diabético es a través de determinadas escalas que reflejaran los componentes físico, mental, social y funcional de la salud, identificando a dichas escalas como Energía-Movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad-Preocupación, Carga social y Función sexual.^{50, 51}

CONTROL GLUCÉMICO

Entendido como los niveles de glucemia plasmática en ayuno, entre 80 mg/dl y 110 mg/dl en los casos de diabetes sujetos a tratamiento en los sistemas nacionales de salud. Se constituye un factor primordial para prevenir las complicaciones, las discapacidades derivadas de ellas y el aplazamiento de la edad promedio de la muerte causada por esta enfermedad.⁵³

En su uso corriente, el verbo controlar denota labores de observación, así como acciones que implican intervención. En relación con el tratamiento de la Diabetes, se usa el término control glucémico para referirse a la vigilancia y regulación de los índices bioquímicos que suelen medirse mediante pruebas rutinarias de laboratorio como la glucemia y/o la hemoglobina glucosilada.^{41, 42}

La expresión “*control de la Diabetes*” como sinónimo de control glucémico es incorrecto, ya que el *control glucémico* es solo una parte del control de la enfermedad. En un sentido más amplio, la expresión “control de la Diabetes” se refiere al éxito obtenido con la aplicación del conjunto de intervenciones encaminadas a vigilar y corregir todos los aspectos de la enfermedad que afectan el bienestar del paciente, favorecen el desarrollo de complicaciones, conducen a la invalidez o acortan la esperanza de vida.^{41 44, 45, 46}

Metas de control en el paciente diabético recomendadas por la Asociación Americana de Diabetes.⁴²

Parámetro	Valor
Glucemia	< 100 mg /dl
HbA1c	< 7%

Dentro de la atención multidisciplinaria del programa DiabetIMSS, se consideran los valores para control glucémico con base a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención que refieren sus parámetros bioquímicos de acuerdo a las recomendaciones de la Asociación Americana de la Diabetes 2009, mencionados previamente.

Al asociar el afrontamiento con la calidad de vida en los pacientes diabéticos, la teoría y estudios relacionados han sugerido que el uso de las estrategias centradas en la emoción o en la resolución de problemas depende de la naturaleza de la enfermedad. Cuando la enfermedad se asocia a factores que son controlables, se hace uso del enfoque en el problema pero cuando la enfermedad es incurable o sus factores no pueden ser controlados, el enfoque en la emoción tiende a emerger. Por lo tanto, en el caso de la diabetes, habría de esperarse el uso de ambas estrategias.¹

Sin embargo, las estrategias de afrontamiento en el paciente diabético más discutidos y que aparecen con mayor frecuencia asociadas a una alta calidad de vida, mejor control glucémico, menos niveles de estrés y ansiedad son del tipo activo y centrado en la resolución de problemas; mientras que las asociadas a una baja calidad de vida, mal control glucémico y altos niveles de ansiedad así como de estrés, serían del tipo evitativo y centrado en la emoción; o inclusive que el uso en conjunto de ambas estrategias deberían de ser más eficaces para combatir el estrés, pero los resultados tampoco han sido concluyentes.²

Teniendo así que la diabetes puede llegar a afectar negativamente al bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias del tratamiento. En diabéticos tipo 2, las complicaciones parecen afectar la calidad de vida, pero no las acciones, en este caso las estrategias de afrontamiento, que intentan un control intensivo de la glucemia.

Desde el punto de vista psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control pueden afectar al humor y a la auto-estima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad. Socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad, así como las restricciones dietéticas o sexuales que pueden llevar a conflictos, contribuyendo para disminuir el bienestar del paciente.³⁶

Para llevar a cabo este estudio nos basaremos en la definición y jerarquización de las estrategias de afrontamiento establecidas por Tobin et al. La cual colocará al paciente en el contexto del manejo adecuado o inadecuado centrado en el problema o en la emoción y en cuanto a calidad de vida en salud se utilizará el instrumento propuesto por Boyer et al, ya que es específico para medir la percepción de calidad de vida del paciente diabético por incluir aspectos ligados al diagnóstico y manejo de la patología.

En el caso del control glucémico, se revisarán los valores de las 3 últimas cifras de glucemia plasmática en ayuno consignados en el expediente electrónico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación de las estrategias de afrontamiento con el control glucémico y la calidad de vida en salud del paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar a los paciente diabéticos tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7.
2. Determinar el tipo de estrategia de afrontamiento en el paciente con diabetes tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7.
3. Determinar el nivel de calidad de vida en salud en el paciente con diabetes tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7.
4. Determinar el control glucémico a través de parámetros bioquímicos en el paciente con diabetes tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7.

HIPOTESIS

- **Ha:** Existe asociación entre estrategia de afrontamiento y control glucémico en el paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS.
- **Ho:** No existe asociación entre estrategia de afrontamiento y control glucémico en el paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS

- **Ha:** Existe asociación entre estrategia de afrontamiento y calidad de vida en salud en el paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS.
- **Ho:** No existe asociación entre estrategia de afrontamiento y calidad de vida en salud en el paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS.

- **Ha:** Existe asociación entre estrategia de afrontamiento, calidad de vida en salud y control glucémico en el paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS.
- **Ho:** No existe asociación entre estrategia de afrontamiento, calidad de vida en salud y control glucémico en el paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio: el presente estudio fue de tipo observacional, transversal y analítico.

Universo de Trabajo: la población de estudio estuvo conformada por 883 pacientes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social que contaron con el diagnóstico de Diabetes de acuerdo a los criterios de la norma técnica del programa DiabetIMSS 2008 y que se encontraban en tratamiento integral multidisciplinario en la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Estado de Aguascalientes.

Unidad de Observación: pacientes con Diabetes del programa DiabetIMSS de la Unidad Medicina Familiar N° 7 de Aguascalientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Unidad de Análisis: paciente diabético tipo 2 en tratamiento en el programa DiabetIMSS de la UMF N°7 de Aguascalientes.

Delimitación de la Población:

- **Criterios de Inclusión:**

- a) Pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 del programa DiabetIMSS y que se encuentran en tratamiento integral multidisciplinario.
- b) Mayores de 20 años de edad.
- c) Ambos géneros.
- d) Controlados y no controlados.
- e) Sin complicaciones crónicas de su padecimiento.
- f) Sin deterioro cognitivo.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- **Criterios de Exclusión:**
 - a) Pacientes portadores de otro tipo de Diabetes Mellitus.
 - b) Con complicaciones crónicas de su padecimiento.
 - c) Con deterioro cognitivo.

 - **Criterios de Eliminación:** pacientes que no completaron los cuestionarios.

Tipo de Muestreo: aleatorio simple

Tamaño de la Muestra: se calculó en base a una población finita de 883 pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en el programa DiabetIMSS, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción del 50% obteniendo un tamaño de muestra de 268 pacientes en total.

Tipo de Instrumento de Recolección de Datos:

- **Afrontamiento:** Se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin et al. (1989) en la versión española de Cano y cols. (2007). Este inventario de 40 ítems tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. Las escalas primarias comprenden Resolución de problemas (ítems 1, 9, 17, 25, 33), Reestructuración cognitiva (6, 14, 22, 30,38), Apoyo social (ítems 5, 13, 21, 29, 37), Expresión emocional (ítems 3, 11, 19, 27, 35), Evitación de problemas (ítems 7, 15, 23, 31, 39), Pensamiento desiderativo (ítems 4, 12, 20, 28, 36), Retirada social (ítems 8, 16, 24, 32, 40) y Autocrítica (ítems 2, 10, 18, 26, 34); las escalas secundarias surgen de la agrupación de las primarias: Manejo adecuado centrado en el problema (resolución de problemas y reestructuración cognitiva), Manejo adecuado centrado en la emoción (apoyo social y expresión emocional), Manejo inadecuado centrado en el problema (evitación de problemas y pensamiento desiderativo) y Manejo inadecuado centrado en la emoción (retirada social y autocrítica);

y las escalas terciarias surgen de la agrupación de las secundarias: Manejo adecuado (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional) indicando esfuerzos activos y adaptativos, y Manejo inadecuado (evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica) sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

La persona comienza por describir la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita que van desde 0 (en absoluto) hasta 4 (totalmente). Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la auto eficacia percibida del afrontamiento. El cuestionario es auto administrado. Las alfas fluctuaron entre .70 y .86 siendo el promedio de .8125.

Se clasificó a los pacientes de acuerdo a la puntuación obtenida en dos categorías: pacientes con manejo adecuado centrado en el problema o la emoción y pacientes con manejo inadecuado centrado en el problema o la emoción.

- **Calidad de Vida en Salud:** se utilizó el cuestionario DM-39 (Boyer et al. 1997) el cual está diseñado para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2. Este instrumento fue seleccionado para su validación en México debido a que es multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social (López y cols. 2006)

El cuestionario contiene 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: *Energía-movilidad* (ítems 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), *Control de la diabetes* (ítems 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31, y 39), *Ansiedad-preocupación* (ítems 2, 6, 8 y 22), *Carga social* (ítems 19, 20, 26, 37 y 38) y *Funcionamiento sexual* (ítems 21, 23 y 30).

Los pacientes responden qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada ítem, colocando una X en una escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para *nada afectado en lo absoluto* y el 7 a *sumamente afectado* en la calidad de vida. A continuación, las puntuaciones de cada sección se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal. Contiene dos ítems finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave).

El primer ítem permite medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determinar si existe correlación entre ésta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento. El segundo ítem mide la percepción que el paciente tiene sobre la severidad de su diabetes y permite identificar si hay congruencia de este valor con la calificación de su calidad de vida.

No se contempla una ponderación especial para la calificación de cada sección en la calificación global más allá de la que representa el número de ítems de cada una de las mismas, y la puntuación total refleja la afectación en el concepto calidad de vida como un todo, a mayor puntuación obtenida menor calidad de vida.

Los coeficientes α de Cronbach por dominio y calificación total fueron: energía y movilidad (15 ítems), $\alpha = .92$; control de la diabetes (12 ítems), $\alpha = 0.83$; ansiedad-preocupación (4 ítems), $\alpha = 0.80$; carga social (5 ítems), $\alpha = 0.83$; funcionamiento sexual (3 ítems), $\alpha = 0.93$ y calificación total (39 ítems), $\alpha = 0.95$.

Los resultados muestran que la versión adaptada al español que se habla en México del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 tiene un alto nivel de consistencia interna y *test-retest*, así como relaciones lógicas entre las calificaciones que otorga y los valores de algunas variables de importancia clínica en los sujetos con diabetes tipo 2, lo cual apoya su validez de constructo.

- **Control Glucémico:** se revisó el expediente electrónico específico para obtener los parámetros bioquímicos registrados.

Logística

- **Autorizaciones:** una vez obtenido el registro del comité local de investigación se solicitó al Director de la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social la autorización para la realización de protocolo por medio de comunicación por escrito por parte de la Coordinación Delegacional de Investigación

En las sesiones educativas del programa se invitó a los pacientes a participar en el estudio, en caso de aceptar, firmaron el consentimiento informado para estudios de investigación, garantizando el anonimato y la confidencialidad, posteriormente se les entregaron los cuestionarios y en esa misma oportunidad se revisaron las cifras de glucemia registradas durante el mes próximo anterior y el actual.

- **Tiempo:** cronograma de actividades en anexos.
- **Recursos:** el estudio fue financiado en su totalidad por el investigador principal en el sentido económico. Desde el punto de vista humano se apoyó de dos compañeros residentes previa capacitación para favorecer la rapidez de la aplicación y aclarar dudas del instrumento. Posteriormente se apoyó de un estadista para la recolección, captura y tabulación de los datos. Desde el punto de vista de los recursos materiales como papelería, medio de transporte, computadora, etc., fueron proporcionados en su totalidad por el investigador.
- **Proceso:** para identificar problemas potenciales en el estudio se efectuó una prueba piloto a 10 pacientes diabéticos para revisar la metodología y la logística de los datos en la Unidad de Medicina Familiar N°1 del estado de Aguascalientes y se evaluaron las posibles reacciones de los pacientes con DM2 a los procedimientos de investigación. Se evaluaron los instrumentos de recolección de datos y la habilidad del investigador asociado en la aplicación de los instrumentos. Así mismo con la prueba piloto se obtuvo la posibilidad de poder cambiar el orden de su aplicación e incluso modificar las técnicas para codificar las variables.

Para la aplicación definitiva del instrumento, los pacientes diabéticos se abordaron durante las sesiones educativas así como antes de iniciar o al término de la consulta individual para el paciente diabético.

Se les informó el motivo del estudio y la metodología empleada para tal efecto, solicitándoles su colaboración para participar voluntariamente, y en caso de hacerlo, se les aclaró que sus respuestas serían anónimas y confidenciales, añadiendo que los resultados serían utilizados con fines de investigación. A quienes aceptaron colaborar, se les hizo entrega del consentimiento informado, y posteriormente los instrumentos auto administrados. Al término de la entrevista se les agradeció en forma verbal la participación para la investigación por parte del investigador principal y e investigador asociado.

- **Capacitación y Adiestramiento:** las personas que participaron en la recolección de los datos son dos compañeros residentes a quienes previamente se les capacitó en el tema y los distintos aspectos para favorecer el dominio de método y del tema.
- **Supervisión y Coordinación:** fuimos objeto de supervisión por parte del asesor durante cada proceso de la investigación.
- **Plan de Tabulación y Análisis Estadístico:** se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15 para Windows para la captura, procesamiento y análisis de los datos generados y se capturó la base de datos, que nos permitió analizar la información planteada en este estudio. Para cumplir con los objetivos y la comprobación de las hipótesis propuestas, se caracterizó a la población de estudio con valores absolutos y porcentajes en las variables de género, edad, nivel de escolaridad, estado civil; para las variables de tipo cuantitativo como edad y tiempo de enfermedad se obtuvieron medidas de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desviación estándar); los resultados se graficaron en barras. Para explorar la asociación entre las estrategias de afrontamiento, el control glucémico y la calidad de vida en salud se realizó un análisis bivariado.

Los datos obtenidos en el instrumento de trabajo de campo se capturaron y almacenaron en forma cotidiana, con un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad del proceso.

- **Consideraciones Éticas:** en esta investigación se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki de 1964 y el Código de Núremberg regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas a participar, así mismo se tuvo en cuenta el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sin riesgo para el paciente vigente en nuestro país. A las personas que participaron en la investigación se les pidió autorización por escrito mediante una carta de consentimiento informado donde se explicó el procedimiento a realizar en la investigación, los propósitos del estudio y se les ofreció la oportunidad de retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo deseaban, así como la declaración de que la participación sería voluntaria sin obligarlas ni condicionarlas a participar. Así mismo, la información que se recabó de los expedientes se realizó también de forma confidencial.

RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos de este trabajo los resultados obtenidos fueron los siguientes. En primer lugar se caracterizó al paciente diabético tipo 2 que acude al programa DiabetIMSS de la UMF No. 7 en Aguascalientes.

Del total d pacientes estudiados (n=268) se observa que la edad promedio de los pacientes fue de 57 ± 10 años con un mínimo de 22 y un máximo de 81; el tiempo de evolución obtuvo una media de 5 ± 3 años con una duración mínima de 1 y máxima de 9.

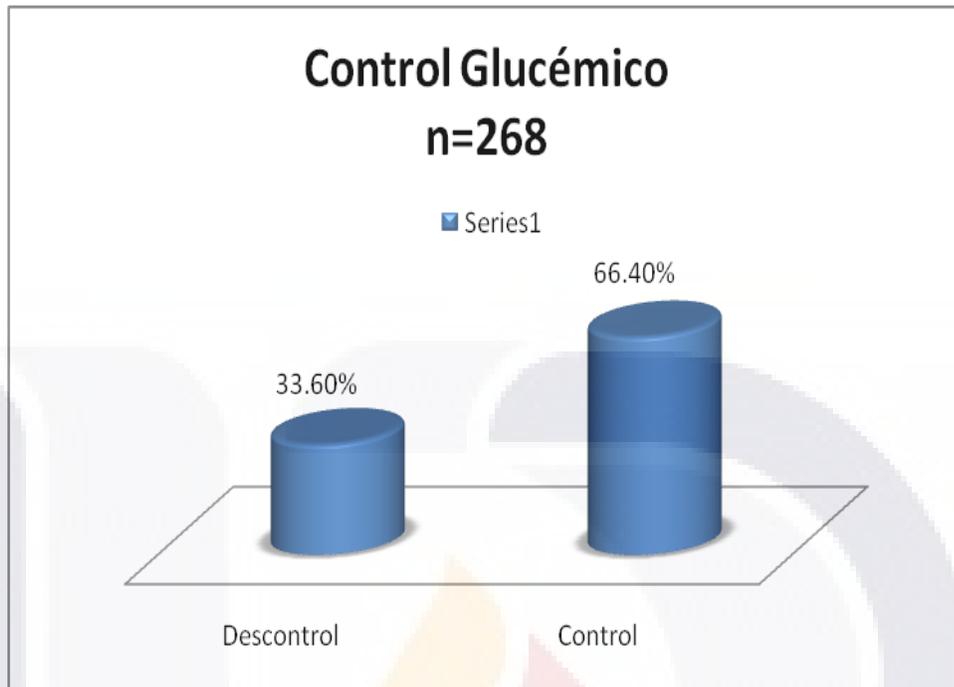
Del total d los pacientes estudiados (n=268) se muestra que la cifra media de glucemia en los pacientes fue de 115 ± 46 mg/dl con una cifra mínima de 53 y máxima de 400 mg/dl.

El género femenino fue el principal con un 61.6% (165) mientras que el 38.4% fueron hombres (103). El lugar de residencia fue la urbana en un 94.8% (254); el 82.8% de los pacientes estaban casados (222); la escolaridad predominante fue la primaria en un 58.6% (157).

La ocupación principal de los pacientes fue el hogar con un 48.9% (131).

La combinación de dieta, ejercicio e hipoglucemiantes orales fue el tratamiento esencial en el 87.7% de los pacientes (235).

Gráfico 1



En la **Gráfica 1** se establece que del total de los pacientes el 66.4% (178) presentaron control en las cifras de glucemia mientras que el 33.6% (90) estuvo en descontrol tomando en cuenta el promedio de tres cifras de glucemia consignados en el expediente electrónico al momento de llevar a cabo el estudio.

Gráfico 2

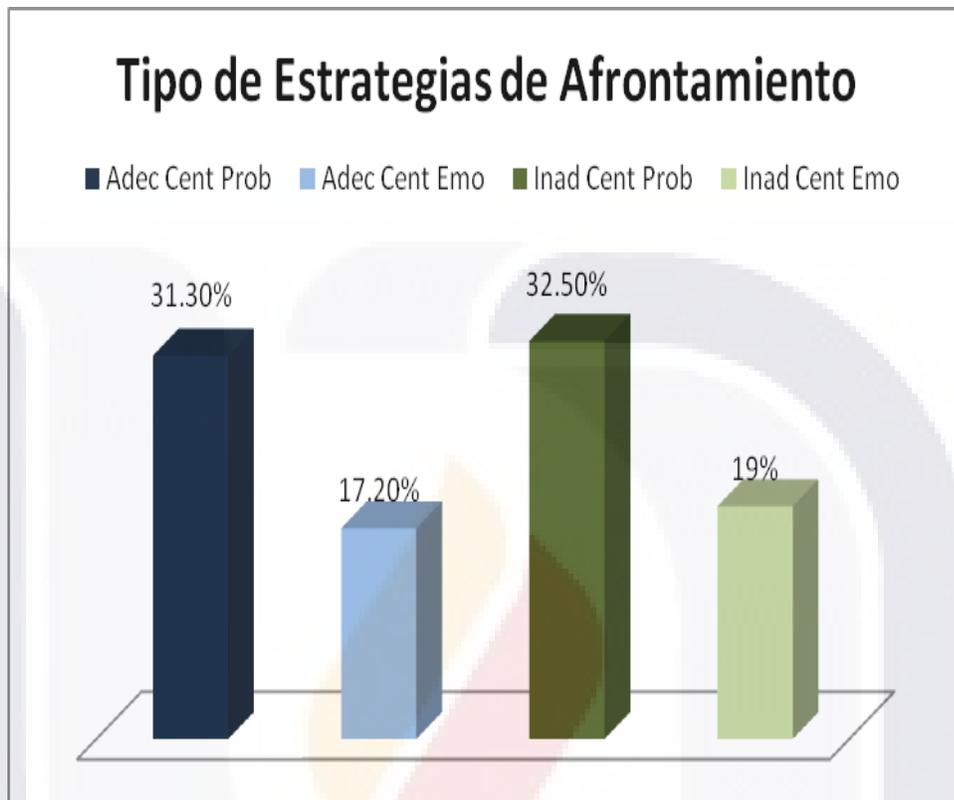


Gráfico 2 En cuanto al tipo de Estrategia de Afrontamiento utilizadas por los pacientes diabéticos tipo 2, clasificado de acuerdo al instrumento de evaluación, se demuestra que el Afrontamiento Inadecuado Centrado en el Problema fue la principal estrategia en un 32.5% (87) seguida por el Adecuado Centrado en el Problema con 31.3% (84); el afrontamiento Inadecuado Centrado en la Emoción se presentó en el 19% de los pacientes (51), mientras que el Adecuado Centrado en la Emoción fue el menos utilizado con un 17.2% (46) ($p = 0.000$).

Gráfico 3

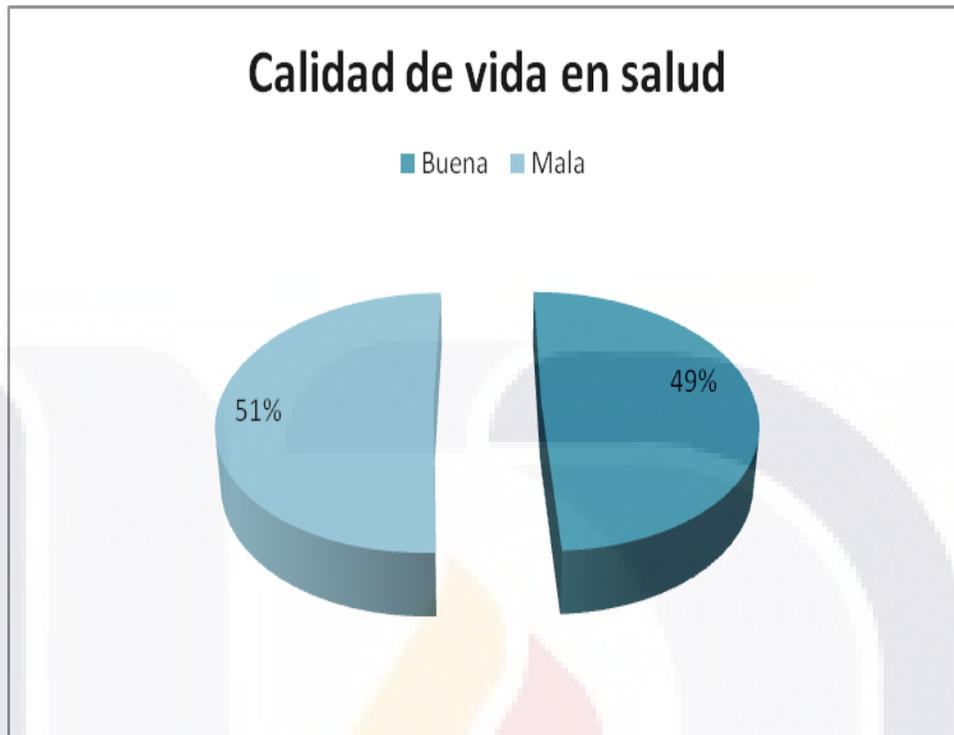
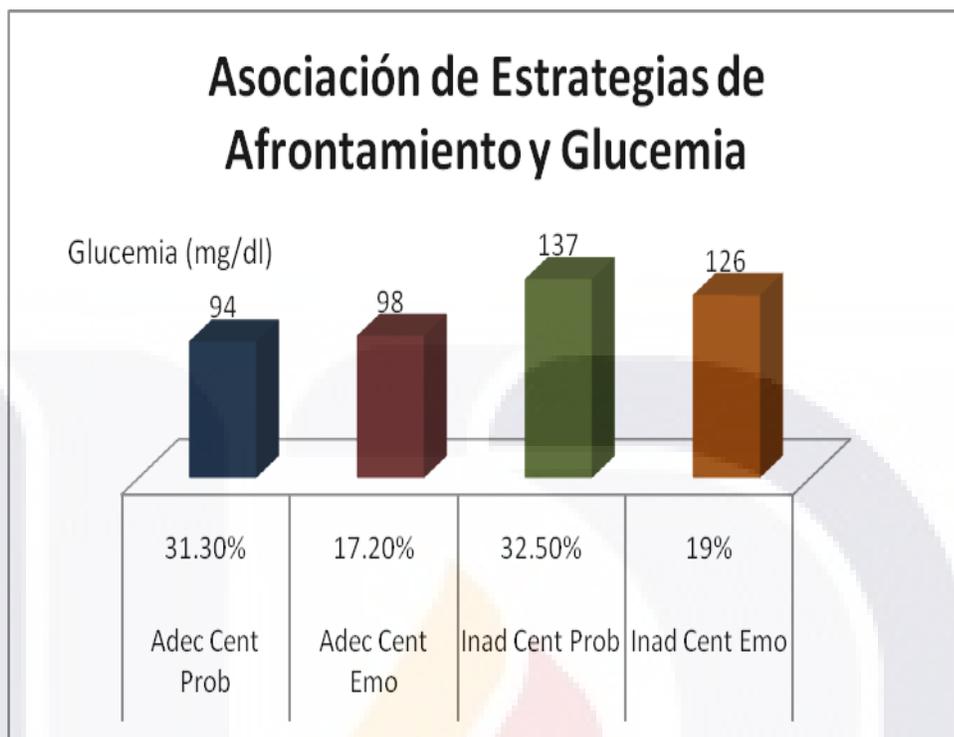


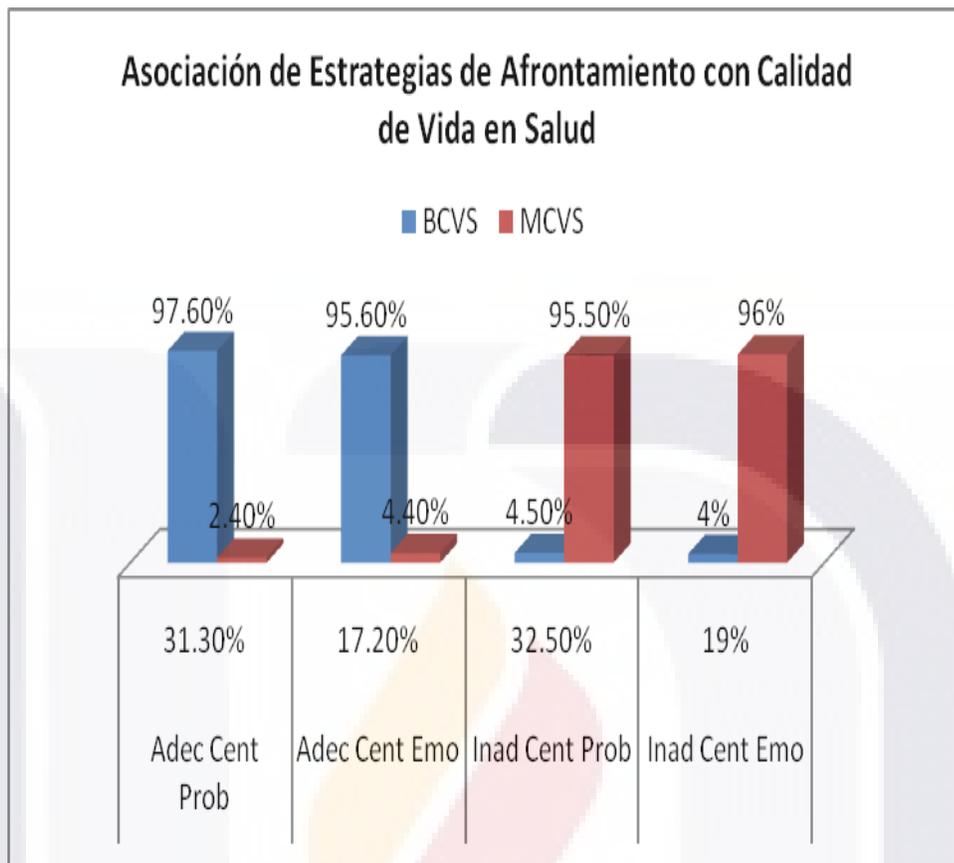
Gráfico 3 La Calidad de Vida en Salud, fue calificada como mala en el 51% de los pacientes diabéticos tipo 2 (136) y el 49% (132) la calificó como buena, esto conforme al cuestionario específico para la calidad de vida en diabetes mellitus ($p = 0.000$).

Gráfico 4



En el **Gráfico 4** se observa que los pacientes con Estrategias Adecuadas de Afrontamiento mostraron mejor control en sus cifras de glucemia, ya que aquellos con una Estrategia Adecuada Centrada en el Problema (31.3%, n=84) obtuvieron un promedio de 94 mg/dl y los pacientes con una Estrategia Adecuada Centrada en la Emoción (17.2%, n=46) resultaron con un promedio de 98 mg/dl de glucosa central. A diferencia de los que eligieron las Estrategias Inadecuadas Centradas en el Problema (32.5%, n=87) que resultaron con un promedio de glucemia de 137 mg/dl y de 126 mg/dl para los que usaron las Inadecuadas Centradas en la Emoción (19%, n=51), mostrando una asociación significativa ($p < 0.0001$).

Gráfico 5



El **Gráfico 5** nos señala que el 97.6% (82) de aquellos pacientes con una Estrategia de Afrontamiento Adecuada Centrada en el Problema presentaron una Buena Calidad de Vida en Salud; al igual que en la Estrategia Adecuada Centrada en la Emoción en donde el 95.6% (44) de los encuestados contaron con una Buena Calidad de Vida en Salud. Mientras que el 95.5% (83) de los pacientes con una Estrategia Inadecuada Centrada en el Problema y el 96% (49) de los pacientes con una Estrategia Inadecuada Centrada en la Emoción presentaron una Mala Calidad de Vida en Salud, con una diferencia estadística de $p < 0.0001$.

Gráfico 6

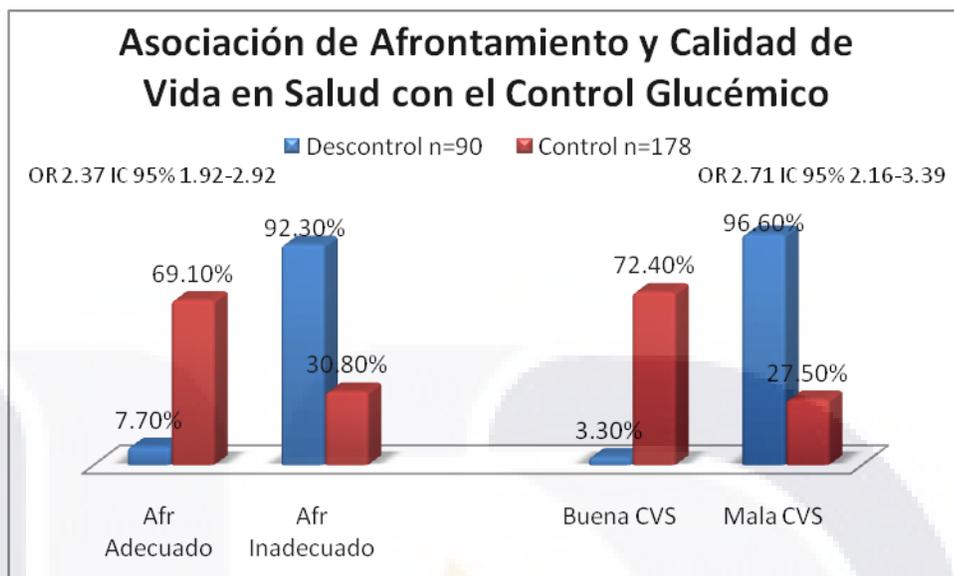


Gráfico 6 los resultados obtenidos muestran que el afrontamiento adecuado en pacientes con control glucémico fue de 69.1%, mientras que para el afrontamiento inadecuado fue de 92.3% para pacientes con descontrol glucémico. Por otra parte la buena calidad de vida en salud se mostró en el 72.4% en los pacientes con control glucémico mientras que para los pacientes con descontrol glucémico fue de 27.5%.

Se estableció la asociación entre las variables afrontamiento, calidad de vida en salud y control glucémico. El afrontamiento inadecuado mostró una asociación con un OR 2.37, IC 95%, 1.92-2.92 y la calidad de vida en salud mostró asociación con un OR 2.71, IC 95%, 2.16-3.39, mostrando ambas variables una diferencia estadística altamente significativa ($p < 0.0001$).

DISCUSIONES

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio podemos señalar que las estrategias de afrontamiento adecuadas están asociadas de forma positiva con la buena calidad de vida en salud (OR 2.71, IC 95%, 2.16-3.39) y el control glucémico (OR 2.37, IC 95%, 1.92-2.92) de los pacientes diabéticos tipo 2 con una diferencia estadística altamente significativa ($p < 0.0001$). Esto va de acuerdo con Coelho y cols. Quienes señalaron que las estrategias de afrontamiento inadecuadas son más comunes en los pacientes diabéticos tipo 2 ($p < 0.02$) lo cual también se refleja en nuestro estudio ya que el 51% de los pacientes de la muestra total (268) eligieron las estrategias inadecuadas para afrontar su enfermedad.

Al igual que Kacerovsky-Bielesz también demostró que una mala calidad de vida ($p = 0.003$) y una estrategia inadecuada de afrontamiento ($p = 0.031$) se asociaron a un mal control glucémico, lo mismo expuesto por Turan quien halló asociación entre afrontamiento inadecuado y control glucémico ($p = 0.04$).

Mientras que nuestros resultados están en desacuerdo con Samuel-Hodge quien demostró en un estudio que el control glucémico no se asocia con las estrategias adecuadas ($p = 0.05$) ni con las estrategias inadecuadas ($p = 0.03$) de forma significativa. Mientras que Árcega encontró que no existe una asociación entre la mala calidad de vida y el control glucémico ($p = 0.67$) de los pacientes diabéticos.

CONCLUSIONES

Con este estudio demostramos que el 52% de los pacientes diabéticos tipo 2 del programa DiabetIMSS cursan con deficiencias para afrontar sus emociones y problemas ante el diagnóstico de la diabetes.

Por ello se sugieren estudios de intervención que mejoren las acciones de la atención multidisciplinaria dentro del programa DiabetIMSS dirigido a los pacientes que presentan afrontamiento inadecuado, con la finalidad de mejorar sus cifras de control glucémico, y así proyectarlo en su calidad de vida en salud.

Es necesario trabajar diversas áreas de la Psicología tanto en el paciente como en la familia con el propósito de mejorar el estado mental del primero, apoyándonos en la atención multidisciplinaria que ofrece el programa DiabetIMSS.

GLOSARIO

1. **Afrontamiento:** conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para controlar (minimizar, dominar, tolerar) las demandas (externas, internas y su posible conflicto) generadoras de estrés, que se auto perciben como superando los recursos propios de los que se dispone.^{24, 27}
2. **Calidad de vida en salud:** el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas.^{32, 34}
3. **Control glucémico:** niveles de glucemia plasmática en ayuno, entre 80 mg/dl y 110 mg/dl en los casos de diabetes sujetos a tratamiento en los sistemas nacionales de salud. Se constituye un factor primordial para prevenir las complicaciones, las discapacidades derivadas de ellas y el aplazamiento de la edad promedio de la muerte causada por esta enfermedad.⁵³

BIBLIOGRAFIA

1. Tuncay, T. et al. **The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes.** Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:79.
2. Urzúa Morales, A. y col. **Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas.** Interamerican Journal of Psychology 42(1), 2008 Pp. 151-160.
3. Vázquez Valverde C. **Medición clínica en psiquiatría y psicología.** Ed. Masson, Barcelona 2000 Pp. 425-435.
4. Trigwell, P. et al. **Psychiatric aspects of diabetes mellitus.** Adv. Psychiatr. Treat. 1998 4:159-166.
5. Coelho, R. et al. **Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus.** Psychosomatics 2003; 44:312-318.
6. Árcega-Domínguez, A y cols. **Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes.** Rev Invest Clin 2005; 57(5):676-684.
7. Mathias, R. et al. **The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control.** Diabetes Care 25(1):35-42, 2002.
8. Nakahara, R. et al. **Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with type 2 diabetes.** Psychosomatics 2006, 47:240-246.
9. Koopmanschap, M. **Coping with type II diabetes: the patient's perspective.** Diabetologia (2002) 45:S18-S22.
10. **Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.** Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 2010.
11. IMSS. **Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.** Agosto 2009.
12. IMSS. **Guía técnica para otorgar atención médica integral en el módulo DiabetIMSS a derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus en Unidades de Medicina Familiar.**

13. Turan, B. et al. **The role of coping with disease in adherence to treatment regimen and disease control on type 1 and insulin treated type 2 diabetes mellitus.** Diabetes Metab 2002, 28(3), 186-193.
14. Joyce P. Yi et al. **How does anger coping style affect glycemic control in diabetes patients?** Int J Behav Med 2008; 15(3): 167-172.
15. C. Gafvels et al. **Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care.** Diabetes Research and Clinical Practice 71 (2006) 280-289.
16. Karlsen B. et al. **Coping styles among adults with type 1 and type 2 diabetes.** Psychology, Health & Medicine (2002), 7:3,245-259.
17. Ruth Lo et al. **The dynamics of coping and adapting to the impact when diagnosed with diabetes.** Australian Journal of Advanced Nursing 2001 Volume 19 Number 2 Pp 26-32.
18. Samuel-Hodge, Carmen et al. **Coping styles, well-being and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes.** The Diabetes Educator 2008; 34(3): 501-510.
19. Wasserman, Ludvig I. **Diabetes mellitus as model of psychosomatic and somatopsychic interrelationships.** The Spanish Journal of Psychology 2006, Vol. 9, No. 1, 75-85.
20. Fisher, Edwin B. et al. **Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal.** The Diabetes Educator 2007; 33(6):1080-1104.
21. Kacerovsky-Bielesz, G. et al. **Sex-related psychological effects on metabolic control in type 2 diabetes mellitus.** Diabetologia (2009) 52:781-788.
22. Reynoso Erazo, Leonardo. **Psicología clínica de la salud, un enfoque conductual.** Ed. Manual Moderno, México 2005 Pp. 23-33.
23. Fink, George. **Stress consequences: mental, neuropsychological and socioeconomic.** Academic Press, 2009 Pp. 12-17.
24. Casado Cañero, F. **Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas.** Apuntes de Psicología, Vol. 20, No. 3, 2002 Pp 1-10.

25. Krohne, HW. **Stress and coping theories.** In: Baltes PB, Smelser NJ, eds. International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences. New York: Elsevier, 2001:15163-70.
26. Rodríguez Marín, J y cols. **Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad.** Psicothema 1993, vol. 5, suplemento, Pp. 349-372.
27. Lazarus, R. **Coping theory and research: past, present, and future.** Psychosomatic Medicine 55:234-247 (1993).
28. Tobin, D et al. **The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory.** Cognitive Therapy and Research, Vol. 13, No. 4, 1989, Pp. 343-361.
29. Nava Quiroz, C. y cols. **Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación.** Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 2: 213-220, julio-diciembre 2010.
30. Cano García, F y cols. **Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento.** Acta Esp Psiquiatr 2007;35(1):29-39.
31. Rubin, R. et al. **Quality of life and diabetes.** Diabetes Metab Res Rev 1999; 15: 205-218.
32. Arnold, R. et al. **The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases.** Quality of Life Research 13: 883-896, 2004.
33. Hill-Briggs, F. et al. **Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature.** The Diabetes Educator 2007 33(6):1032-1050.
34. Fernández-Mayoralas Fernández, G. y cols. **Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación.** Territoris (2005), 5:117-135.
35. Schwartzmann, L. **Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales.** Ciencia y Enfermería IX (2): 9-21, 2003.
36. Melchior, A. y cols. **Medidas de evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte I: conceptos y criterios de revisión.** Seguir Farmacoter 2004; 2(1):1-11.
37. Sultan, S. et al. **Coping and distress as predictors of glycemic control in diabetes.** J Health Psychol 2001 6(6):731-739.

38. Paschalides, C et al. **The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus.** Journal of Psychosomatic Research 57 (2004) 557-564.
39. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. **“VIII Taller CAMDI – Vigilancia y control de la diabetes en Centroamérica”.** Documento. Panamá, 28-29 de noviembre de 2006.
40. Fundación para la Diabetes. **“Campaña unidos por la diabetes. Resolución de la ONU”.** Documento. S.L., 20 de diciembre de 2006.
41. Zúñiga González, S. y cols. **Educación en el paciente diabético.** Revista Médica del IMSS. 2003. 200 pags.
42. **Standards of Medical Care in Diabetes – 2011.** Diabetes Care, Volume 34, Supplement 1, January 2011. Pp 511-561.
43. Seng Cheong Loke et al. **Metabolic Control in Type 2 Diabetes Correlates Weakly with Patient Adherence to Oral Hypoglycemic Treatment.** Ann Acad Med Singapore 2008;37:15-20.
44. María del Mar Roca-Rodríguez y cols. **Evaluación del grado de consecución de objetivos de control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.** Endocrinol Nutr.2010;57(9):434–439.
45. Katherine Esposito et al. **Dietary Glycemic Index and Glycemic Load Are Associated with Metabolic Control in Type 2 Diabetes: The CAPRI Experience.** Metabolic Syndrome and Related Disorders Volume 8, Number 3, 2010 Pp. 255–261.
46. Ana María Salinas-Martínez y cols. **Diabetes y consulta médica grupal en atención primaria. ¿Vale la pena el cambio?** Rev Méd Chile 2009; 137: 1323-1332.
47. Bruce Redmon et al. **Health Care Guideline: Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Adults.** Institute for Clinical Systems Improvement *Fourteenth Edition/July 2010 Pp 1-111.*
48. Macrodimitris, S. **Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes.** Health Psychology 2001, Vol 20, No 3, Pp. 208-216.

49. Sirgy, J. **Handbook of quality-of-life research. An ethical marketing perspective.** Kluwer Academic Publishers, Netherlands 2001, Pps. 63-65
50. Boyer, J. et al. **The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes: Diabetes-39.** Medical Care Volume 35(5), May 1997, pp 440-453.
51. López-Carmona, JM y cols. **Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2.** Salud Pública Mex 2006;48:200-211.
52. Holroyd, KA t al. **Stress, coping and somatic adaptation.** L. Goldberger and S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York; Free Press. 1982.
53. María I. Avalos García et al. **Control metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Centla Tabasco, México** Redalyc 2007; Vol.13:625-639.
54. Romero Massa, E. y cols. **Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena, Colombia.** Rev.cienc.biomed.2010; 1(2):190 – 198.

ANEXOS

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION AGUASCALIENTES
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Agosto 2011, Aguascalientes, Ags.

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“Estrategias de Afrontamiento Asociadas con el Control Glucémico y la Calidad de Vida en Salud en el Paciente del Programa DiabetIMSS en la Unidad de Medicina Familiar N° 07 del IMSS del Estado de Aguascalientes”, registrado ante el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social con el N°...

El objetivo de este estudio es analizar las estrategias de afrontamiento y su asociación con el control glucémico y la calidad de vida en salud del paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS en la UMF N° 7 del IMSS del Edo. De Aguascalientes. Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar un cuestionario que contiene 87 preguntas de las cuales algunos son datos generales y aspectos socio demográficos. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el Proyecto de Investigación, dedicar algunos minutos para contestar las preguntas que se incluyen en el cuestionario.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario, así como a responder cualquier pregunta o aclarar cualquier duda que se plantee, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del proyecto de investigación en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se derivan de este proyecto de investigación y que los datos obtenidos serán manejados de manera anónima y confidencial.

R3MF Norma Alejandra Gutiérrez Romo

Nombre y firma del encuestado

Testigo

Testigo

ANEXO B: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL DE AGUASCALIENTES

FECHA: ___/___/___ INICIALES DE SU NOMBRE: _____

Nº AFILIACION: _____

INSTRUCCIONES: Favor de poner una "X" en la respuesta compatible con lo que usted crea:

1.- **Sexo:** _____ ()

A) Masculino B) Femenino

2.- **Edad en años:** _____

3.- **¿En dónde reside?** _____ ()

A) Cd. De Aguascalientes B) Otros municipios,
cual _____

4.- **¿Cuál es su estado civil?** _____ ()

A) Casado B) Soltero C) Divorciado D) Unión libre E) Separado F) Viudo

5.- **¿Cuál es su máximo grado de estudios?** _____ ()

A) Primaria B) Secundaria C) Bachillerato o equivalente D) Licenciatura

E) Sin estudios

6.- **¿Cuál es su ocupación?** _____ ()

A) Obrero B) Empleado C) Comerciante D) Ama de casa E) Profesionista

F) Estudiante G) Otros, cuál _____

7.- **¿Hace cuánto tiempo tiene diabetes?** _____

8.- **¿Cómo se trata su diabetes?** _____ ()

A) Dieta y ejercicio B) Dieta, ejercicio y pastillas C) Dieta, ejercicio e insulina

D) Pastillas e insulina E) Insulina solamente F) Otros

ANEXO C: INSTRUMENTOS DE EVALUACION

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Piense unos minutos en el hecho de ser paciente con diabetes. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación.

Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

- | | |
|--|-----------|
| 1. Luché para resolver el problema | 0 1 2 3 4 |
| 2. Me culpé a mí mismo | 0 1 2 3 4 |
| 3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés | 0 1 2 3 4 |
| 4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado | 0 1 2 3 4 |
| 5. Encontré a alguien que escuchó mi problema | 0 1 2 3 4 |
| 6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente | 0 1 2 3 4 |
| 7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado | 0 1 2 3 4 |
| 8. Pasé algún tiempo solo | 0 1 2 3 4 |
| 9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación | 0 1 2 3 4 |
| 10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché | 0 1 2 3 4 |
| 11. Expresé mis emociones, lo que sentía | 0 1 2 3 4 |
| 12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase | 0 1 2 3 4 |
| 13. Hablé con una persona de confianza | 0 1 2 3 4 |
| 14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas | 0 1 2 3 4 |
| 15. Traté de olvidar por completo el asunto | 0 1 2 3 4 |
| 16. Evité estar con gente | 0 1 2 3 4 |
| 17. Hice frente al problema | 0 1 2 3 4 |
| 18. Me critiqué por lo ocurrido | 0 1 2 3 4 |
| 19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir | 0 1 2 3 4 |
| 20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación | 0 1 2 3 4 |
| 21. Dejé que mis amigos me echaran una mano | 0 1 2 3 4 |
| 22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían | 0 1 2 3 4 |
| 23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más | 0 1 2 3 4 |
| 24. Oculté lo que pensaba y sentía | 0 1 2 3 4 |
| 25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran | 0 1 2 3 4 |
| 26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera | 0 1 2 3 4 |
| 27. Dejé desahogar mis emociones | 0 1 2 3 4 |
| 28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido | 0 1 2 3 4 |
| 29. Pasé algún tiempo con mis amigos | 0 1 2 3 4 |

- 30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo 0 1 2 3 4
- 31. Me comporté como si nada hubiera pasado 0 1 2 3 4
- 32. No dejé que nadie supiera cómo me sentía 0 1 2 3 4
- 33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería 0 1 2 3 4
- 34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias 0 1 2 3 4
- 35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron 0 1 2 3 4
- 36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes 0 1 2 3 4
- 37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respetó 0 1 2 3 4
- 38. Me fijé en el lado bueno de las cosas 0 1 2 3 4
- 39. Evité pensar o hacer nada 0 1 2 3 4
- 40. Traté de ocultar mis sentimientos 0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA



CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo. El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida *durante el último mes*.

Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema.

Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le suplica *responder todas las preguntas*.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
2. Preocupaciones por problemas económicos
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
3. Limitación en su nivel de energía
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
6. Estar preocupado(a) por su futuro
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
8. Tensiones o presiones en su vida
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
9. Sensación de debilidad
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
12. Visión borrosa o pérdida de la visión
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
13. No poder hacer lo que quisiera
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
14. Tener diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

15. El descontrol de su azúcar en sangre
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
20. La vergüenza producida por tener diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
22. Sentirse triste o deprimido
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
23. Problemas con respecto a su capacidad sexual
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
24. Tener bien controlada su diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
25. Complicaciones debidas a su diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
30. Menor interés en su vida sexual
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
32. Tener que descansar a menudo
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
33. Problemas al subir escaleras
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
35. Tener el sueño intranquilo
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada
36. Andar más despacio que otras personas
 Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético

Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

39. La diabetes en general

Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

Calificación global

1. Por favor, marque con una cruz (X) la calificación de su calidad de vida

Mínima calidad 1 2 3 4 5 6 7 Máxima calidad

2. Por favor, marque con una cruz (X) lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes

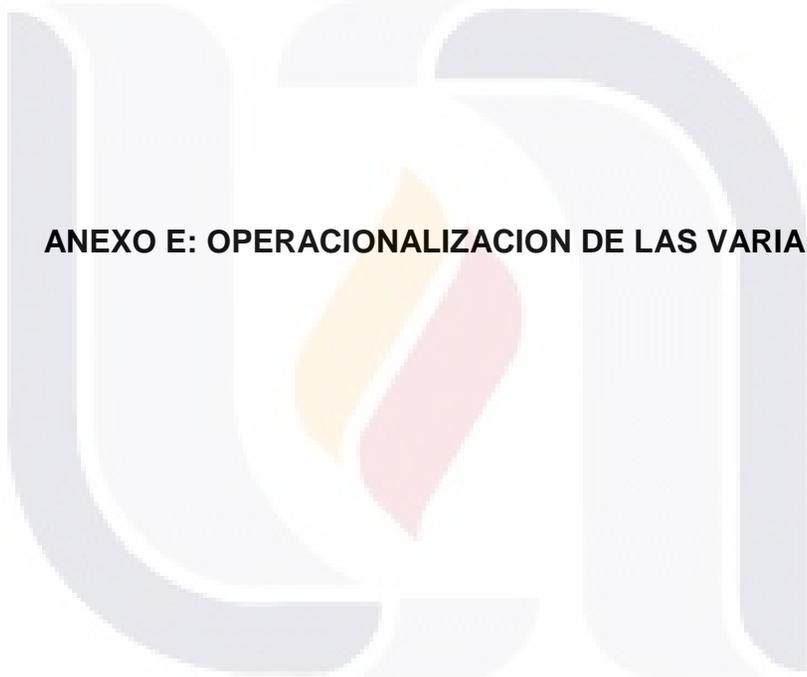
Ninguna gravedad 1 2 3 4 5 6 7 Extremadamente grave

Gracias por sus respuestas



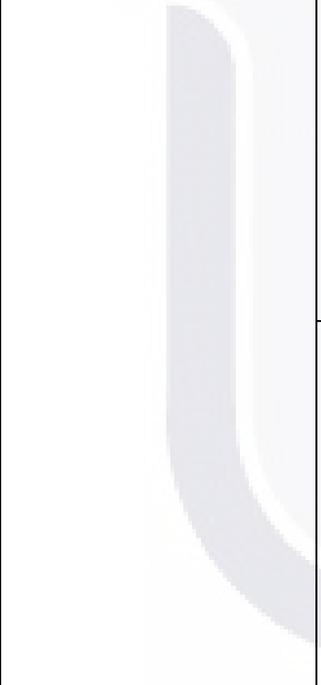
ANEXO D: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	2011												2012	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Acopio de bibliografía	X	X	X	X	X	X	X	X						
Revisión de la literatura	X	X	X	X	X	X	X	X						
Diseño del protocolo		X	X	X	X	X								
Antecedentes y Justificación			X	X										
Introducción e Hipótesis				X										
Revisión del Protocolo				X	X	X								
Registro del Protocolo al Comité de Investigación Local							X							
Capacitación a Encuestador o Colector de Información							X							
Prueba Piloto							X							
Trabajo de Campo							X	X	X					
Acopio de Datos							X	X	X					
Captura de Datos y Tabulación							X	X	X					
Análisis de Resultados									X					
Discusión y Conclusiones										X				
Elaboración de Tesis											X			
Formulación de Informe Final												X	X	
Difusión de Resultados														X



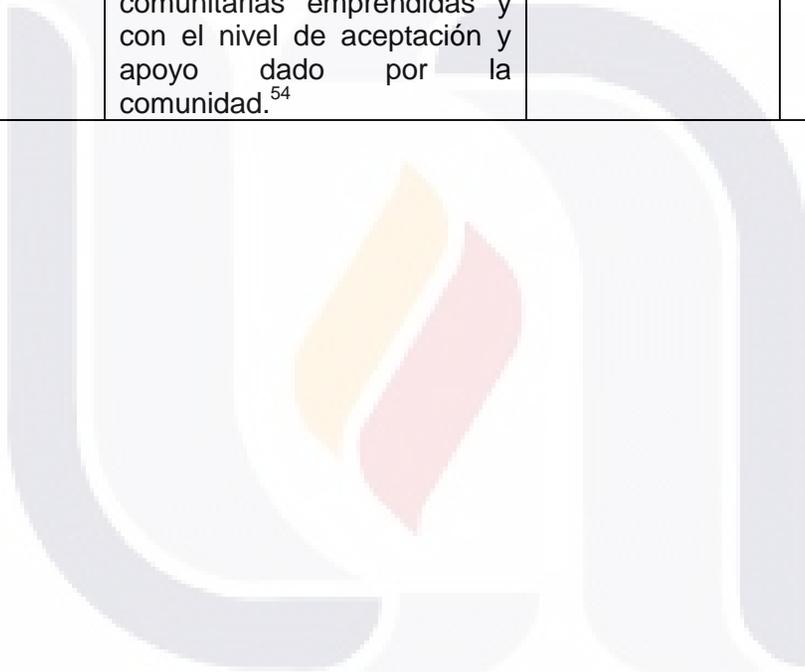
ANEXO E: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

OBJETIVO GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	VARIABLE	ESCALA
<p>Determinar la asociación de las estrategias de afrontamiento con el control glucémico y la calidad de vida en salud del paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7.</p>	<p>Afrontamiento: Conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para controlar las demandas generadoras de estrés, que se auto perciben como superando los recursos propios de los que se dispone.^{24, 27}</p>	<p>Manejo adecuado centrado en el problema: se refiere a la resolución de problemas que son las estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que la produce y a la reestructuración cognitiva las cuales modifican el significado de la situación estresante.^{28,29,30}</p>	<p>Resolución de problemas</p>	<p>1, 9, 17, 25, 33</p>	<p>Cualitativa ordinal.</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 20 Media:10 Baja: 0</p>
			<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>6, 14, 22, 30, 38</p>		
		<p>Manejo adecuado centrado en la emoción: se refiere al apoyo social que son las estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional y a la expresión emocional que son las estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.^{28,29, 30}</p>	<p>Apoyo social</p>	<p>5, 13, 21, 29, 37</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 20 Media:10 Baja: 0</p>
		<p>Expresión emocional</p>	<p>3, 11, 19, 27, 35</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>		

		<p>Manejo inadecuado centrado en el problema: se refiere a la evitación de problemas que es la estrategia la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; y el pensamiento desiderativo las cuales son estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.^{28,29,30}</p>	<p>Evitación de problemas</p>	<p>7, 15, 23, 31, 39</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 20 Media:10 Baja: 0</p>
			<p>Pensamiento desiderativo</p>	<p>4, 12, 20, 28, 36</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 20 Media:10 Baja: 0</p>
		<p>Manejo inadecuado centrado en la emoción: son las estrategias de retirada social la cual se refiere a la retirada de amigos, familiares, personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante; y la autocrítica que es una estrategia basada en la autoinculpción y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.^{28,29,30}</p>	<p>Retirada social</p>	<p>8, 16, 24, 32, 40</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 20 Media:10 Baja: 0</p>
			<p>Autocrítica</p>	<p>2, 10, 18, 26, 34</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 20 Media:10 Baja: 0</p>

OBJETIVO GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	VARIABLE	ESCALA
<p>Determinar la asociación de las estrategias de afrontamiento con el control glucémico y la calidad de vida en salud del paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7.</p>	<p>Calidad de Vida en Salud: El valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas.^{32, 34}</p>	<p>Física: se centra en la salud, el estado físico, la movilidad y la seguridad personal. Estado físico y movilidad están ambos relacionados con aspectos de capacidad física y que pueden definirse mejor como capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas.⁵⁴</p>	<p>Energía y Movilidad</p>	<p>3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35, 36</p>	<p>Cualitativa ordinal.</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 105 Media: 60 Baja: 15</p>
		<p>Control de la diabetes</p>	<p>1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31, 39</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 84 Media: 48 Baja: 12</p>	
		<p>Funcionamiento sexual</p>	<p>21, 23, 30</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 21 Media: 12 Baja: 3</p>	
		<p>Psicológica: abarca la satisfacción, el estrés, el estado mental, el concepto de sí mismo, la vivencia religiosa, la seguridad, etc., puede coincidir, en parte, con la búsqueda de la realización social y funcional.⁵⁴</p>	<p>Ansiedad Preocupación -</p>	<p>2, 6, 8, 22</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 28 Media: 16 Baja: 4</p>

		<p>Social: incluye la calidad y la aptitud de las relaciones personales en el seno de la vida en el hogar, con la familia y con los amigos; y la segunda, la implicación social relacionada con actividades comunitarias emprendidas y con el nivel de aceptación y apoyo dado por la comunidad.⁵⁴</p>	<p>Carga social</p>	<p>19, 20, 26, 37, 38</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 35 Media: 20 Baja: 5</p>
--	--	--	----------------------------	---------------------------	----------------------------	---



OBJETIVO GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	VARIABLE	ESCALA
<p>Determinar la asociación de las estrategias de afrontamiento con el control glucémico y la calidad de vida en salud del paciente diabético tipo 2 del programa DiabetIMSS de la Unidad de Medicina Familiar N° 7.</p>	<p>Control Glucémico: Entendido como los niveles de glucemia plasmática en ayuno de 80 a 110 mg/dl, en los casos de diabetes sujetos a tratamiento en los sistemas nacionales de salud. Se constituye un factor primordial para prevenir las complicaciones, las discapacidades derivadas de ellas y el aplazamiento de la edad promedio de la muerte causada por esta enfermedad.⁵³</p>	<p>80 mg/dl a 110 mg/dl.</p>	<p>Buen control Mal control</p>	<p>< 110 mg/dl > 110 mg/dl</p>	<p>Cuantitativa discreta. Cuantitativa discreta.</p>	<p>De intervalo De intervalo</p>

ANEXO F: PLAN PRESUPUESTAL

Hoja de Gastos

En el plan de trabajo de este estudio, participa un Médico Residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encarga de entregar y recolectar personalmente los cuestionarios a los participantes. Se realizaron múltiples visitas al módulo DiabetIMSS de la UMF N° 7 de Ags., en el turno matutino y vespertino para la recolección de censo de pacientes, revisión de expedientes y para entregar los cuestionarios a cada paciente.

Categoría	Costo unitario	Factor multiplicador	Costo total
Lápices	\$ 2.50	20	\$ 50.00
Borradores	\$ 2.00	20	\$ 40.00
Hojas	\$ 0.15	3,500	\$ 525.00
Cartucho de tinta	\$ 350.00	5	\$ 1750.00
CD-ROM	\$ 5.50	10	\$ 55.00
Memoria USB	\$ 200.00	1	\$ 200.00
Engrapadora	\$ 40.00	1	\$ 40.00
Grapas	\$ 30.00	3 cajas	\$ 90.00
Fotocopias	\$ 0.50	3,500	\$ 1750.00
Folders	\$ 2.50	20	\$ 50.00
Laptop ACER	\$ 11,000.00	1	\$ 11,000.00
Transporte	Litro de Gasolina \$ 9.30 (10 km x lt)	N° de Km N° días/N° Km día	\$ 1,500.00
Alimentos			
Agua embotellada	\$11.00	1x30 – 30	\$ 330.00
Otros alimentos	\$ 40.00	1x30 - 30	\$ 1200.00
SUBTOTAL \$ 18,580.00 + 5% CONTINGENCIA \$ 929.00 = TOTAL \$ 19,509.00			

