

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMPLEADAS POR PACIENTES DE
GÉNERO FEMENINO DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS II

Autores

Guillermo Andrés Mendoza Buenaño

Héctor Yesid Velasco Rincón

Pamplona, Colombia

2018

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMPLEADAS POR PACIENTES DE
GÉNERO FEMENINO DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS II

Autores

Guillermo Andrés Mendoza Buenaño

Héctor Yesid Velasco Rincón

Directora de Tesis

Ps.Esp.Mg Dexy Milena Portilla Granados

Pamplona, Colombia

2018

Agradecimientos

Primeo que todo le agradecemos a Dios por guiarnos y fortalecernos espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito.

También nuestra gratitud a todas las personas que estuvieron acompañándonos en este proceso de formación profesional, agradecerles por su apoyo para el cumplimiento de nuestro propósito.

Nuestro más sincero agradecimiento a la tutora del proyecto de investigación, quien con su conocimiento y su guía hizo valiosos aportes que fueron pieza clave para poder llevar a cabalidad el proyecto.

Agradecemos a la Universidad de Pamplona y al programa de Psicología perteneciente a la Facultad de Salud, por brindarnos los conocimientos necesarios para nuestra formación profesional.

Por ultimo les agradecemos a nuestras familias, en especial nuestros padres por el apoyo incondicional, el esfuerzo de colaboración en todo lo que se necesitaba durante el proceso, les agradecemos a nuestros hermanos por los consejos y motivación para mantenernos en pie de lucha por cumplir el objetivo.

Resumen

En este estudio de investigación está encaminado a identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por tres pacientes de género femenino de la Ciudad de Pamplona diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo II, analizando cuál es su influencia en el manejo de la condición médica, por ende se utilizó un enfoque mixto para esta investigación, para este estudio se seleccionó una muestra por conveniencia de tres participantes de sexo femenino que se encuentran en la etapa de adultez media diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2, (DMT2), de la Ciudad de Pamplona. Como instrumentos se utilizaron un grupo focal, entrevista semiestructurada y la escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman. En los resultados se evidencio que la condición médica de las participantes era estable ya que presentaron alta adherencia al tratamiento referente a las estrategias de afrontamiento se identifican que la autorregulación, planificación y la reevaluación positiva, son las más empleadas por las participantes. Se concluye a partir de la aplicación de los instrumentos que el estado de la condición médica en las participantes es favorable y estable.

Palabras Clave

Estrategias de afrontamiento, condición médica y adherencia al tratamiento

Abstract

This research study is aimed at identifying the coping strategies used by three female patients from the City of Pamplona diagnosed with Type II Diabetes Mellitus, analyzing their influence on the management of the medical condition, therefore a mixed approach for this investigation, for this study a sample was selected for convenience of three female participants who are in the middle adult stage diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus (DMT2), from the City of Pamplona. As instruments, a focus group, semi-structured interview and the scale of coping modes of Lazarus and Folkman were used. In the results it was evidenced that the medical condition of the participants was stable since they showed high adherence to the treatment referring to the coping strategies and they identify that self-regulation, planning and positive re-evaluation are the most used by the participants. It is concluded from the application of the instruments that the state of the medical condition in the participants is favorable and stable.

Keywords

Coping strategies, medical condition and adherence to treatment.

Tabla de contenido

Resumen.....	4
Introducción.....	1
Planteamiento y descripción del problema.....	3
Formulación del problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	11
General.....	11
Específicos.....	11
Estado del Arte.....	12
Investigaciones Internacionales.....	12
Investigaciones Nacionales.....	14
Investigaciones Regionales.....	16
Investigaciones locales.....	17
Marco Teórico.....	18
Capítulo I-Estrategias De Afrontamiento.....	18
Clasificación de las estrategias de afrontamiento.....	20
Estrategias de afrontamiento centradas en el problema.....	23
Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.....	24
Capitulo-II Diabetes Mellitus tipo 2.....	26
Capitulo III- Adultez Media.....	28
Salud física y mental en la adultez media.....	29
Tendencias de salud a la mitad de la vida.....	30
Capitulo IV. Enfoque Cognitivo – Conductual.....	33
Técnicas de intervención.....	37
Capitulo V. Adherencia al Tratamiento.....	39
Marco legal.....	43
Metodología.....	45
Tipo de investigación.....	45
Diseño de investigación.....	45

Población:	45
Tipo de muestreo	46
Técnicas e instrumentos.....	46
Entrevista Semiestructurada	47
Escala de Modus de Afrontamiento.....	47
Aplicación.....	48
Procedimiento.....	49
Resultados	51
Resultados y análisis de la entrevista semiestructurada.....	51
Resultados y análisis del grupo focal.....	56
Resultados de la escala Modos de Afrontamiento de Lazarus y folkman	62
Análisis de resultados por categorías.....	68
Discusión	70
Conclusiones	75
Recomendaciones	77
Referencias Bibliográficas.....	78
Anexos	82

Lista de Tablas

		Pag.
Tabla 1	Procedimiento.	50
Tabla 2	Resultados de la entrevista semiestructurada.	52
Tabla 3	Resultados del grupo focal.	57
Tabla 4	Análisis de resultados.	67

Lista de Graficas

		Pag.
Grafica 1	Puntaje escala modos de afrontamiento sujeto 1.	63
Grafica 2	Puntaje escala modos de afrontamiento sujeto 2.	64
Grafica 3	Puntaje escala modos de afrontamiento sujeto 3.	65

Introducción

Las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus 2 tienden a presentar cambios conductuales a causa de este padecimiento lo que conlleva al establecimiento, instauración o modificación de sus estrategias de afrontamiento, las cuales son utilizadas para contrarrestar o mitigar los efectos que perjudican su funcionalidad con el entorno. Esto está sujeto a la valía personal de cada uno de estos pacientes, afectando su óptimo desenvolvimiento en las tareas o responsabilidades de su cotidianidad.

Las estrategias de afrontamiento pueden presentar cambios de manera frecuente, siendo influidos por factores internos o externos, dándose así un proceso en el que varían estas estrategias dependiendo al evento o situación a la cual se quiere adaptar para así disminuir el efecto nocivo que esta trae como puede ser malestar psicológico o físico, presentándose como una herramienta para sobrellevar la enfermedad. Partiendo de esto, se analizará las estrategias de afrontamiento que estas personas emplean y cómo influyen en la percepción de autoeficacia, si se sienten competentes, si logra desenvolverse en sus responsabilidades y situaciones de su entorno en la cotidianidad, todo esto contextualizado desde el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 y lo que esto pueda representar para esta población como también para sus familias, teniendo en cuenta los cuidados y las complicaciones que pueda presentar esta enfermedad.

En esta investigación se quiere dar la importancia que amerita esta población que padece la diabetes mellitus 2, ya que poco se tienen en cuenta y comprendiendo que el número de personas diagnosticadas con esta enfermedad va en un acelerado crecimiento desafortunadamente, escogiendo pacientes de género femenino ya que existe una mayor prevalencia de la enfermedad, desde la perspectiva psicológica se pretende proponer estrategias psicoterapéuticas para beneficiar el manejo de la diabetes, prevenir

complicaciones físicas a partir de la salud mental. Para ejecutar este proyecto se utilizarán bases teóricas donde se referencian, DMT2, estrategias de afrontamiento y la autoeficacia, a la luz del enfoque cualitativo, aplicando diversas técnicas y elementos para la recolección de datos dando cumplimiento a los objetivos planteados.

Planteamiento y descripción del problema

La diabetes es una de las enfermedades que más ha aumentado en los últimos tiempos sobre todo en países con menor desarrollo y bajos ingresos económicos, la OMS (2017) afirma:

“ Que a pesar de ser una afección crónica que aparece cuando el cuerpo y específicamente el páncreas no produce la suficiente insulina necesaria para regular el azúcar que produce el organismo o que simplemente no es capaz de utilizarla efectivamente, puede llegar a producir diferentes dolencias tales como ceguera, insuficiencia renal, entre otras, las cuales pueden llegar a ser muy perjudiciales con el paso del tiempo para los órganos y sistemas con énfasis en los nervios y vasos sanguíneos”.

Otro aspecto importante que se debe mencionar es, que desde 1980 el número de personas con diabetes se ha cuadruplicado. También cabe resaltar que a nivel mundial hay 422 millones de personas que sufren de diabetes. Para el año 2012 el 1,5 millones de muertes en el mundo fue a causa directa de la diabetes, las causas más frecuentes por las cuales la diabetes día a día se trasciende entre las personas es a raíz del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, así lo afirma la OMS (2016).

La Asociación Americana de Diabetes, (2017), postula que “la diabetes tipo 2 el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía. Cuando se realiza el proceso de alimentación, el cuerpo procesa todos los almidones y azúcares, y los convierte en glucosa, que es el combustible básico para las células del cuerpo. La insulina

lleva la glucosa a las células. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, puede producir complicaciones de diabetes.” De acuerdo a lo anterior, la DMT2 es producida por una disfunción del sistema endocrino, la cual no procesa la glucosa de manera adecuada, distribuyéndose así por todas las zonas del cuerpo de manera peligrosa lo que conlleva a la acumulación de la misma provocando complicaciones en órganos y extremidades.

Según la OMS, (2017), la diabetes con el tiempo, puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios (Problemas cardiovasculares, rinopatía, neuropatía, retinopatía y complicaciones en la piel). Es decir, la persona que tenga este cuadro clínico debe seguir el tratamiento dado por el personal médico profesional para mantener estable su salud. Teniendo en cuenta que la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica se diagnostica en la mayoría de los casos de forma tardía, incluso los pacientes pueden vivir años sin darse cuenta de que han adquirido esta condición médica, algunos factores de riesgo para la DMT2 son: El sobrepeso, la inactividad física, una deficiente nutrición; además de otros factores como la etnicidad, el historial familiar de diabetes, el historial pasado de diabetes gestacional y edad avanzada afirma la Federación Internacional de Diabetes, (FID, 2015).

Siguiendo en este hilo, se debe entender la DMT2 como una enfermedad que generalmente se da en la adultez media pero que igualmente se observa cada vez más en la niñez y la adolescencia, en esta clasificación la FID, (2015) la define de la siguiente manera y establece sus síntomas: “En la diabetes tipo 2, el cuerpo es capaz de producir insulina, pero se vuelve resistente a ella, de modo que la insulina es ineficaz. Con el tiempo, los niveles de insulina pueden llegar a ser insuficientes. Tanto la resistencia, como la deficiencia de insulina pueden llevar a niveles de glucosa en sangre altos.”

Los síntomas de la diabetes tipo 2 incluyen; micción frecuente, sed excesiva, pérdida de peso, visión borrosa. De este modo y para este tipo de Diabetes se genera un tipo de controles y tratamientos dependiendo de la complejidad de cada caso, a diferencia de la DMT1 en la DMT2 no requieren la inyección de insulina diaria para poder sobrevivir; en la mayoría de los casos se maneja con una dieta sana, actividad física y algunos medicamentos orales, regulando así los niveles de glucosa en el cuerpo. (FID, 2015).

Para Suramérica, la FID en el 2015, estima la prevalencia de esta enfermedad en cuanto al sexo y edad, donde se observa una mayor presencia de la DMT2 en personas de sexo femenino. Partiendo de esto, el presente estudio toma como población a pacientes de género femenino en la etapa de la adultez media ya que como lo indica la FID (2015), son ellas en las que presenta una mayor concentración del diagnóstico de esta condición médica. De acuerdo con esto, el estudio se enfoca en las estrategias de afrontamiento donde se van a encontrar las formas en cómo estas personas pueden convivir con la DMT2, y con las afectaciones que esta pueda tener como ya lo hemos dicho de distintos tipos según el caso como rinopatía, neuropatía, retinopatía o complicaciones cutáneas queriendo así comprender las implicaciones en su condición médica.

Por consiguiente, se conocerá como estas pacientes en su vida cotidiana y partiendo de las estrategias de afrontamiento instauradas en cada una, pueden conllevar a mejorar o perjudicar su condición médica, teniendo en cuenta los factores que de cierta manera desborden sus capacidades para su desenvolvimiento y adaptación ante el diagnóstico de esta enfermedad crónica. Para Suramérica la FID en el 2015, estima la prevalencia de esta enfermedad en cuanto al sexo y edad, donde se observa una mayor presencia de la DMT2 en personas de sexo femenino. Partiendo de esto, el estudio toma como población a pacientes de género femenino en la etapa de la adultez media ya que como lo indica la FID (2015), son ellas en las que presenta una mayor concentración del diagnóstico de esta condición médica.

Las estrategias de afrontamiento son el resultado de las vivencias experimentadas por el ser humano, las experiencias u eventos estresantes donde factores tales como ambiente, contexto social y familiar y características propias del individuo son influyentes en la instauración, implementación y modificación de dichas estrategias las cuales generan diversas reacciones emocionales. Lazarus; Folkman. Citado por Figueroa, M; Cohen, S. (S, F)

De acuerdo con lo anterior, las estrategias de afrontamiento son proyectadas por las personas a causa de vivencias experimentadas, eventos que en este caso sería el padecimiento de la DMT2 que pueden influir en la instauración y cambio de tales estrategias generando reacciones emocionales dependiendo de la situación, como también el estado de la enfermedad. De esta forma emergen como herramienta de apoyo para contrarrestar los factores negativos que se generen. Lazarus; Folkman; Citado por Figueroa, M; Cohen, S. (S, F)

“La aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).”

Según lo expuesto anteriormente, es primordial la interpretación cognitiva que le da el paciente las situaciones estresantes y las consecuencias que conllevan estas, partiendo de esto se realiza un juicio de valor si esta situación o evento representa o no una amenaza de ahí se ejecutan los recursos que se disponen para disminuir los efectos perjudiciales que esto pueda presentar.

Entonces para comprender como estas personas se pueden ajustar a este tipo de enfermedad, se indagará sobre sus E.A ante el desarrollo de la misma y cómo influye esto en el mejoramiento de esta condición médica, dependiendo de los tipos de estrategias que emplee el paciente en el trayecto de este padecimiento. Cabe aclarar que la diabetes genera altos gastos a las familias siendo esto un inconveniente para la mayoría de las personas que no cuentan con los suficientes recursos para su adecuado tratamiento y generando pérdidas que ocasionan altos gastos debido a las incapacidades temporales o definitivas y por último, la muerte.

Teniendo en cuenta esto y conociendo que las causas de la enfermedad principalmente son el sedentarismo, mala alimentación y/o estrés, nos ha motivado a estudiar esta problemática en adultos, ya que específicamente en Pamplona. Cabe aclarar que algunas personas no tienen buenos hábitos de vida saludable, siendo propensos a sufrir esta enfermedad crónica que ocasiona tantos riesgos o incluso llegar a la muerte de los mismos, por desconocimiento o falta de acceso a buenos y adecuados tratamientos para este padecimiento. Para finalizar, se quiere hacer esta investigación teniendo en cuenta todos los aspectos que esta abarca, empezando por identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por esta población, describir las implicaciones que conlleva estas al mejoramiento de esta condición médica y en la adherencia a su tratamiento. Para este estudio, se escogerán pacientes diagnosticados con diabetes mellitus TIPO II de género femenino ya que existe prevalencia de esta enfermedad en este género.

Formulación del problema

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento empleadas por pacientes de género femenino diagnosticadas con Diabetes Mellitus II, y como estas influyen en el mejoramiento de la condición médica y la adherencia al tratamiento?

Justificación

En la actualidad, se evidencia como una causa frecuente de mortalidad la Diabetes Mellitus tipo II, según la OMS (2014) el 8.5% de los adultos tenía diabetes, en el 2015 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes, haciéndose como una de las enfermedades que más afectan a la humanidad y a la que se atribuye una gran parte de muertes anualmente. Retomando estudios estadísticos de las enfermedades crónicas en Norte de Santander la entidad, Instituto Departamental de Salud, (IDS) contribuye con el análisis sobre esta problemática, basado en datos del DANE (2014) en los cuales se refiere que:

“Realizando un seguimiento y monitoreo a la mortalidad por eventos de interés que forman parte del plan decenal de salud pública 2012 – 2021, y haciendo un comparativo con el nivel nacional, se logró identificar que la mortalidad por diabetes Mellitus, aunque su comportamiento durante el 2014 fue a la disminución con respecto al año anterior, presentan tasas significativamente mayores a las observadas al nivel nacional, convirtiéndose en problemas priorizados en el departamento.”

Interpretando este análisis se infiere que la Diabetes Mellitus se presenta como una de las mayores causas de mortalidad en las mujeres junto con las enfermedades crónicas respiratorias a comparación de otras enfermedades que también se presentan en la población Norte Santandereana. De manera que este trabajo de investigación se realiza enfocándose en las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes de género femenino y las implicaciones que conlleva esta condición médica y la adherencia al tratamiento, dentro de este contexto, es importante analizar estos aspectos y cómo influye en el desarrollo cotidiano de estas personas, este estudio será realizado desde un enfoque de tipo mixto, identificando estrategias de afrontamiento según la población cuando y en que

situaciones son utilizadas, así se podrá evidenciar como influyen en las categorías ya mencionadas.

Para abordar conceptos como la condición médica, se tendrá en cuenta las complicaciones que se presenten en los pacientes a causa de la DMT2, afectando órganos o extremidades, como también la atención externa hacia estas personas prestadas por cuidadores, personal médico y la red de apoyo primaria según lo concerniente a cada caso. Es importante comprender que la realización de este trabajo pretende analizar la problemática que implica esta enfermedad, escogiendo como población a pacientes de género femenino ya que según datos de la OMS, (2017) se presenta una mayor prevalencia en mujeres que en hombres.

Según los datos estadísticos obtenidos en el Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de Pamplona hay 304 casos de diabetes, de los cuales 90 son DMT2, donde predomina el sexo femenino con 56 casos y el sexo masculino presenta 34, a la fecha del año 2018. Por consiguiente, al conocer lo que conlleva la diabetes mellitus II, las estrategias de afrontamiento utilizadas por estas personas y su condición médica, se quiere recomendar estrategias desde la perspectiva psicológica para promover el mejoramiento del manejo de la enfermedad por parte de los pacientes, por ende, mejorar su calidad de vida y su desenvolvimiento en la misma.

Además, desde la aplicación de este estudio se pretende dar a conocer todo lo que encierra esta enfermedad, los tipos de DM, las implicaciones que conlleva padecerla, los tipos de tratamientos, y según los resultados analizar las estrategias de afrontamiento empleadas por esta población y cómo influye esto en su condición médica. De igual manera, es relevante el estudio de esta problemática por parte de la psicología, ya que a lo que se quiere llegar es a la promoción de la salud mental, conocimiento sobre ella y el mejoramiento de la calidad de vida a partir de estrategias psicoterapéuticas.

Objetivos

General

Identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por tres pacientes de género femenino de la Ciudad de Pamplona diagnosticadas con Diabetes Mellitus TIPO II, analizando cuál es su influencia en el manejo de la condición médica, por medio de una investigación mixta, contribuyendo al abordaje psicoterapéutico, para al mejoramiento físico y psicológico de esta población.

Específicos

Determinar las estrategias de afrontamiento de los pacientes de género femenino diagnosticadas con Diabetes Mellitus II a través de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

Evaluar aspectos relevantes de la condición médica de las pacientes diagnosticadas con diabetes mellitus II por medio de la aplicación de una entrevista semiestructurada y un grupo focal que permita establecer la relación entre estrategias de afrontamiento y el estado de salud.

Analizar la influencia de las estrategias de afrontamiento y la condición médica teniendo en cuenta la adherencia al tratamiento.

Recomendar estrategias psicoterapéuticas para el manejo de la enfermedad en la población diagnosticada con DMT2 teniendo en cuenta los resultados de la investigación.

Estado del Arte

Investigaciones Internacionales

En la Universidad Central de Venezuela y Universidad Simón Bolívar Venezuela, Rondón y Lugli, (2013) realizaron la investigación sobre efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social, cuyo propósito fue conocer el efecto del tipo de diabetes, las estrategias de afrontamiento, el sexo, y el optimismo sobre las redes sociales y el apoyo social por sujetos con diabetes. La muestra estudiada fueron 103 hombres y 197 mujeres divididos en diabéticos tipo 1, con edad promedio de 29 años y tipo 2 con edad promedio de 57 años, hicieron uso de un diseño transeccional-causal de campo, implementaron un análisis de ruta para verificar las relaciones planteadas. Como resultados encontraron que el tipo de diabetes no afecta el apoyo social percibido, ni la variable de sexo influye directamente sobre el apoyo social, pero si las relaciones mediadas por el optimismo y las estrategias de afrontamiento, destacan que estas últimas son estas las que determinan el apoyo social de los sujetos, finalmente recomiendan construir y aplicar programas de intervención clínica para enseñar a las personas con diabetes estrategias de aproximación al problema.

Del castillo, Morales & Solano (2012) Universidad Autónoma de Estado de Hidalgo, México, elaboraron su investigación en base al malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. Dentro objetivo del estudio estaba determinar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para modificar el nivel de malestar emocional, las estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2. Las variables las midieron empleando las versiones adaptadas en población mexicana del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes y la Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos. Como muestra abordaron 13 pacientes con diabetes tipo 2, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional, los cuales fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental y otro diferido.

El tiempo de intervenciones que implementaron fue de 3 meses a lo largo de 12 sesiones de dos horas cada una, con un seguimiento cuatro meses después de terminar la intervención. Utilizaron la prueba Friedman para medir las diferencias Pre-Post-Seguimiento de los instrumentos del malestar emocional y estrategias de afrontamiento. Como resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas en el malestar emocional del grupo experimental al final de la intervención, estos cambios se mantuvieron en el seguimiento cuatro meses después de finalizada la intervención. Los hallazgos, sugieren que las intervenciones con un enfoque cognitivo-conductual son efectivas para modificar las variables abordadas en pacientes con diabetes tipo 2.

Troncoso, Delgado, Rubilar, (2013), llevaron a término en la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile, el estudio sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, cuyo objetivo fue interpretar la percepción de los factores que determinan la adherencia al tratamiento prescrito de adultos con DM2 que asisten al Centro de Salud Familiar, La Floresta de la comuna de Hualpen, Chile, durante los meses de marzo y abril del año 2012. Utilizaron el método de estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico, aplicando una entrevista semi-estructurada tomando como población 11 personas que cumplieran los criterios de selección, para el análisis de los resultados se usó la técnica del análisis semántico. Entre los resultados se destaca la importancia donde los usuarios codifican el consumo de fármacos y de realización de la dieta, donde la dieta no es realizada efectivamente por los pacientes, también el ejercicio físico no es interpretado como parte de su terapia.

Canales & Barra, (2014), realizaron la investigación sobre la autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II, dicho estudio se realizó en la Universidad de Concepción, Chile, el objetivo propuesto fue examinar las relaciones de la autoeficacia y el apoyo social percibido con adherencia terapéutica en pacientes

diabéticos tipo II, la población estudiada fueron 118 pacientes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 35 y 64 años, de la ciudad de Concepción, quienes respondieron la escala de autoeficacia generalizada y cuestionario de apoyo social percibido. La adherencia al tratamiento la midieron a través de los indicadores, el autorreporte de ingestión de medicamentos y el nivel de compensación metabólica, como resultados obtuvieron que la eficacia como el apoyo social presentan relaciones significativas con ambos indicadores de adherencia, siendo algo mayor la magnitud de relación de la adherencia con el apoyo social que con la autoeficacia.

Investigaciones Nacionales.

En la universidad Católica de Pereira, Colombia, Ochoa (2017), realizó el estudio sobre la calidad de vida relacionada con salud, estrategias de afrontamiento y cumplimiento en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II, dicho proyecto se ejecutó en el municipio de Santuario Risaralda. La metodología que se implementó fue de corte cuantitativo, con un diseño experimental, transversal y un alcance descriptivo-correlacional, como resultados obtuvo que; la calidad de vida relacionada con salud en el 83.3% fue excelente-buena; las estrategias de afrontamiento fueron adecuadas, prevaleciendo el apoyo social y el 63.3% tiene controlado su glicemia. Es por esto, que es necesario educar a la población colombiana sobre el envejecimiento activo y propiciar en diferentes escenarios la intervención del psicólogo sobre los determinantes en salud desde salud mental.

Orozco y Sánchez, (2017), llevaron a cabalidad su estudio sobre el Análisis del contenido de una Guía de intervención psicológica y social para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo Dos, en la Universidad El Bosque, Bogotá Colombia, para el desarrollo del anterior trabajo hicieron uso del enfoque cualitativo, como propósito de la investigación era elaborar una de intervención psicológica y social para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2(DM2), la población abordada fueron seis pacientes diagnosticados con diabetes, sin trastornos psiquiátricos ni adicciones, los datos los obtuvieron por medio de una entrevista,

dicha información fue analizada por tres jueces expertos, con experiencia de más de dos años en el trabajo con pacientes que padecen enfermedad crónica no trasmisible. Las entrevistas realizadas tenían como objetivos: 1) determinar la correspondencia entre las dimensiones incluidas en la guías y las necesidades de los pacientes, 2) reconocer la experiencia de los jueces sobre los síntomas psicológicos asociados a la diabetes mellitus tipo 2, y 3) identificar las intervenciones psicológicas utilizadas. Dentro de los resultados sugieren la conveniencia de incluir en la guía evidencia empírica actual que demuestre la efectividad de las estrategias de evaluación e intervención en afrontamiento, entrenamiento en regulación emocional y participación de la familia en los grupos de apoyo, con lo anterior recomiendan perfeccionar la guías de intervención, siendo esta una herramienta útil para los psicólogos de la salud.

Herrera, Andrade, Hernández, Manrique y Machado, (2012), realizaron en la Universidad de Cartagena, Cartagena Colombia, la investigación personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Cuyo objetivo fue Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. La metodología que emplearon fue de diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de Valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por Gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia.

Para presentar los datos se utilizaron la estadística descriptiva, los resultados los presentaron en tablas y gráficas. Como resultados obtuvieron que predominó el sexo femenino (68,4 %); la unión libre (59,1 %); escolaridad (50,6 % con básica primaria); bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente, 34.7 %). Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73.8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena (76-100 %, según escala). Al valorar los aspectos comprendidos en la escala se

encontró que más del 50 % de las personas siempre sacan tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio. Concluyen que el apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.

En la Universidad de San Buenaventura Colombia, en Santiago de Cali, Cabo & Martínez, (2017), llevaron a cabalidad su investigación para obtener el título de psicólogos denominada estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades neurológicas crónicas, los autores afirman que las estrategias de afrontamiento se han trabajado desde el siglo pasado, las cuales buscan explicar y comprender las formas como el organismo y el individuo reaccionan ante estresores por medio del manejo de las emociones. En la investigación buscaban identificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades neurológicas crónicas, como el Alzheimer, Parkinson, Epilepsia y Esclerosis Múltiple, ya que son patologías estresores externos a afrontar por el individuo, el objetivo principal de los investigadores era identificar las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades neurológicas crónicas. Como metodología realizaron un estudio de caso, en tres pacientes mujeres, realizaron entrevistas semiestructuradas con el fin de explorar sus vivencias frente a la enfermedad, también aplicaron la prueba psicotécnica Inventario de Afrontamiento para Adultos “CRIA”, planteado por Moos (2010). Los resultados los analizaron desde un corte misto (tipo cualitativo y cuantitativo).

Investigaciones Regionales

Álvarez, Rueda, González & Acevedo (2010), realizaron un estudio en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, denominada promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial en un grupo de enfermos crónicos de la Ciudad de Bucaramanga, los autores por medio del estudio buscaban determinar los efectos de un programa de desarrollo de actitudes y estrategias

para afrontar emocional e instrumentalmente las exigencias de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de pacientes crónicos hospitalizados, el estudio siguió el Modelo Psicosocial de la Enfermedad Crónica de Rolland, implementaron un diseño experimental de un solo grupo con medidas pre y post intervención. La población fueron 65 pacientes con edades entre los 38 y 87 años. En la primera fase se desarrollaron estrategias de afrontamiento emocional e instrumental y en la segunda, confrontación de creencias sobre la enfermedad. La prueba de Student arrojó valores estadísticamente significativos tanto para el desarrollo de habilidades para el afrontamiento emocional e instrumental de la enfermedad, como para la confrontación de creencias. Estos resultados permiten que el programa tuvo efectos favorables, aunque no del todo atribuibles al mismo, dado el tipo de diseño de investigación.

Investigaciones locales

En la Universidad de Pamplona Norte de Santander Colombia, Villamizar (2014), realizó un estudio investigativo sobre estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes de género masculino diagnosticados con cáncer dicha investigación tuvo como objetivo, describir las Estrategias de Afrontamiento de los pacientes de género masculino diagnosticados con cáncer, la investigación se llevó a cabo bajo los parámetros de la metodología cualitativa, donde se aplicaron diferentes instrumentos para la recolección de datos, tales como entrevista semi estructurada, escalas de afrontamiento y grupo focal. El estudio investigativo inicio con la revisión teórica de las estrategias de afrontamiento, descripción del cáncer y la Psicooncología. Posteriormente se elaboró el diseño metodológico, la aplicación de instrumentos y los respectivos análisis de datos para darle cumplimiento al objetivo de la investigación.

Marco Teórico

Capítulo I-Estrategias De Afrontamiento

A continuación, se elaborará un análisis teórico sobre las estrategias de afrontamiento, para para el desarrollo de esta investigación es primordial el abordaje de esta temática, donde se definirá según autores y se expondrá todo lo que comprenden las E.A: Estrategias de afrontamiento: Se centran en la valoración de la enfermedad para intentar neutralizar el problema, en el problema mismo o para eliminar las condiciones que originan el problema y en la emoción para regular el estrés emocional producido por el problema, Lazarus, citado por Samaniego, (2006). Según lo anterior, se emplean dichas estrategias como herramientas para manejar la situación estresante o en este caso que será la forma en cómo se pretende sobrellevar la enfermedad, influyendo así la regulación de las emociones para un manejo adecuado de la misma.

Las estrategias de afrontamiento están influidas por el evento estresante y/o sorpresivo como lo es el momento en el que se presenta la enfermedad, de esto parte la aparición y el desarrollo de dichas estrategias lo que conlleva a establecer si aquellas estrategias utilizadas por estas personas son las adecuadas para manejar la enfermedad. Según lo que se evidencie se podría dar conceptos favorables o desfavorables sobre las E.A que usa el paciente.

Partiendo de esto se requiere que los pacientes, den a conocer las E.A utilizadas en el tiempo que llevan padeciendo la DMT2, para poder identificar el beneficio que puede realizar las estrategias adecuadas en el transcurso de esta enfermedad crónica. Asociando esta secuencia de ideas con la teoría, los pacientes al tratar de solucionar los problemas que puedan relacionarse con la diabetes, emplearan las E.A para el manejo de las dificultades o

problemáticas que puedan presentarse relacionadas con la misma. De acuerdo a las características del caso de cada persona se pueden presentar diversos eventos estresantes en donde se observarán las capacidades con las que se afrontan este tipo de conflictos y dependiendo de esto se establecen categorías de valor realizadas por el mismo sujeto.

Lazarus y Folkman, (1984 citado por Figueroa, 2004) señalan que “el afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Según lo anterior todas las personas cuentan con este tipo de estrategias, empleadas según el contexto o la situación estresante, donde se involucran aspectos cognitivos y conductuales siendo de alguna forma activados por factores externos e internos relacionados con el ambiente, la familia, grupos sociales y características personales, teniendo en cuenta que en el transcurso de la vida se han elaborado estrategias de afrontamiento por parte de los pacientes pero que en algunas situaciones podrán exceder los recursos para afrontar dichas situaciones, lo que va a diferenciar la forma en cómo afronta cada persona cualquier tipo de evento que sobre pasa sus capacidades.

Lazarus citado por M. Figueroa y S. Cohen (2004). Desarrolló la noción de vulnerabilidad como la tendencia de cada individuo a reaccionar frente a diversos acontecimientos con estrés psíquico o con un grado mayor de estrés que otros individuos. Según las características de personalidad y de contexto (familiar, social e histórico) se presentan diferencias entre los individuos en cuanto a las percepciones de sentirse dañado, amenazado o puesto a prueba.

Existen aportes teóricos recientes para definir conceptualmente lo que es afrontamiento: "La aplicación y desarrollo de los recursos que el sujeto moviliza para afrontar el problema de enfermedad, con el objetivo de eliminar o paliar sus consecuencias negativas eliminar o

disminuir la ansiedad que provoca" Gallar, M, citado por Samaniego, R. (2006). Otro autor que recientemente ha hecho otro planteamiento conceptual es Everly, citado por Samaniego, R. (2006) lo define como: " un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales".

Presentándose así una perspectiva más amplia de lo que encierran las estrategias de afrontamiento en el cuidado paliativo de una enfermedad como lo es la DMT2 dando lugar a la forma en cómo se puede mitigar o reducir los efectos negativos que trae el padecimiento de esta a través de mecanismos tanto cognitivos como comportamentales. Para poder explorar las estrategias presentadas en los pacientes diagnosticados con DMT2 se debe tener conocimiento sobre dichas estrategias, comprender cuales son y cómo se presentan, a continuación, serán explicadas por los autores Lazarus y Folkman quienes fueron los precursores de dicha teoría:

Clasificación de las estrategias de afrontamiento.

Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman citado por Villamizar, TNP, (2014)

Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.

Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que se realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

En la búsqueda de la definición teórica de conceptos como afrontamiento y estrategias de afrontamiento se referencia principalmente a los precursores de esta teoría como lo son Lazarus y Folkman, de allí parten varios autores para dar su definición sobre este aspecto, aunque se sigue investigando sobre esto y construyendo una conceptualización más profunda sobre lo que se refieren las estrategias de afrontamiento definidas frecuentemente como, los mecanismos cognitivos y conductuales que el ser humano utiliza para reducir el impacto de eventos estresantes externos e internos percibidos como

amenazas o que pueden sobrepasar la capacidad para afrontar tales situaciones en la cotidianidad de las personas.

Desde el marco teórico del modelo transaccional del estrés, Lazarus sugiere que ante una situación de estrés hay que tener en cuenta: a) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores, b) las emociones y afectos asociados a dicha apreciación y c) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores Lazarus y Lazarus, citado por Martínez, Piqueras & inglés, C. (S.F). Por lo tanto, el afrontamiento puede estar orientado: 1) hacia la tarea, centrándose en resolver el problema de manera lógica, las soluciones y en la elaboración de planes de acción; 2) o hacia la emoción, centrándose en respuestas emocionales (ira, tristeza, etc.), en la evitación, preocupación y reacciones fantásticas o supersticiosas, Ender y Parker, citado por Martínez, A. Piqueras, J E inglés, C. (S.F). Esta última estrategia de afrontamiento es la más desadaptativa en situaciones de estrés, ya que un método de afrontamiento incorrecto y pasivo puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida y provocar repercusiones negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento Lazarus, citado por Martínez, A; Piqueras, J e inglés, C. (S.F)

Se puede entender en cómo se procesan las estrategias de afrontamiento y la manera en cómo se enfocan según el contexto y el objetivo de cada persona, en el caso de los pacientes con DMT2, se tendrá en cuenta la valoración que le dan a la enfermedad, las emociones que se generan al padecer la misma y su respuesta conductual y cognitiva; todo esto se complementa con el hecho de hacia dónde pueden estar orientadas E.A, según el caso del paciente. De acuerdo con el modelo de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman se clasifican en dos tipos como lo son las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, las cuales según estos autores difieren en la confrontación ante el estrés y que son usadas para ganar el control del acontecimiento. Lazarus y Folkman, (1991), citado por Samaniego, R, (2006).

Estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Desde la explicación teórico conceptual que se retoma, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se usan para controlar la relación perturbada entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y / o la acción directa Lazarus y Folkman. Citado por Samaniego, (2006). En cuanto a este tipo de estrategias de afrontamiento se plantea que su finalidad es evitar las consecuencias que pueden ser perjudiciales y que puede ocasionar la enfermedad tanto a corto como a largo plazo, implica como conductas, el que el sujeto enfermo defina el problema, busque información y asesoramiento, valore alternativas de tratamiento o adopten estilos de vida saludables. M. Gallar, citado por Samaniego, R, (2006). Teniendo en cuenta esto podemos inferir que este tipo de estrategias pueden establecer modificaciones de manera externa (entorno) o interna (intrapersonal) de acuerdo a la situación que se presente.

Podemos destacar en los siguientes estados los recursos para afrontar la enfermedad:

Definir el problema. Se trata de analizar la gravedad actual y previsible de la enfermedad, de valorar con realismo sus posibles consecuencias negativas.

Buscar información y asesoramiento. El enfermo procurara ponerse en contacto con otras personas que le puedan ayudar y orientar (asistencia sanitaria y apoyo social), y completar su información con los exámenes médicos.

Valorar alternativas de tratamiento. Una vez valorado el alcance de la enfermedad, el paciente tendrá probablemente diversas opciones terapéuticas, donde el paciente tendrá una elección que depende exclusivamente de él.

Adoptar hábitos de vida saludables: Dado que la enfermedad suele relacionarse con hábitos higiénicos-dietéticos y de estilo de vida, la consecuencia más lógica es que tras sus padecimientos se adquieran adecuados hábitos de salud. M Gallar, citado por Samaniego, R, (2006).

Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

De acuerdo a los autores de los cuales partimos para esta explicación teórico conceptual de esta variable psicosocial, Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se conceptualizan como: " Aquellas conductas que son utilizadas para disminuir el estado de ansiedad que genera el evento estresante, para minimizarla, las cuales pueden resultar adecuadas y otras inútiles o incluso contraproducentes, en estas conductas pueden estar el que se trivialize la enfermedad, el negar la enfermedad, evitar todo lo que involucra el tratamiento de la enfermedad." Lazarus y Folkman, (1984, citado por Samaniego, (2006).

Por lo que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se usan para controlar las emociones como el miedo o la amenaza o incertidumbre que el evento de estrés y que, estrategias tales como negación, evitación escape entre otras, pueden estar dirigidas a la emoción, ya sea disminuyendo o aumentando el grado de malestar emocional y modificando la forma de vivir la situación por parte del sujeto. Lazarus y Folkman, (1984 citado por Samaniego, (2006).

Puesto que la enfermedad como agente estresante origina un estado de ansiedad, el individuo puede utilizar diversas medidas para minimizarla las cuales unas pueden resultar adecuadas y otras inútiles o incluso contra producentes. Las siguientes pueden ser algunos ejemplos que nos explica según Lazarus y Folkman (citado por Samaniego, R 2006), negar la enfermedad: este convencimiento llega a suprimir el estrés que supone la conciencia de

la enfermedad, la negación puede ser a nivel de negar el hecho o significado de la enfermedad.

Trivializar la enfermedad: Es decir, restarles importancia a sus consecuencias negativas, como si se tratara de una enfermedad leve o al menos controlable, donde se dé por autoconvencimiento de que lo que parece grave no lo es.

Evitar todo aquello que suponga admitir su evidencia: Esta conducta común que han realizado graves conductas de riesgo y se resisten a someterse a un chequeo que les pueda ser importante y útil.

Dirigir toda la atención a la enfermedad: Se realiza una atención excesiva para prevenir posibles complicaciones, a veces esta atención en exceso se convierte en una auténtica obsesión. Lazarus y Folkman, citado por Samaniego, R, (2006).

Para finalizar este capítulo sobre estrategias de afrontamiento, es importante acotar que todas las categorías y competencias que comprenden esta teoría son relevantes para la investigación que se quiere realizar en pacientes con DMT2, y así complementar con la relación que su condición médica según la perspectiva de estas personas, ayudando a entender cómo podría sobrellevar esta enfermedad y revisando las estrategias que se utilizan según su caso y si aportan un beneficio a la población escogida. Analizando las E.A evidenciadas en estos pacientes se obtendrá información sobre cómo conviven con la enfermedad, que casos o en que situaciones se puede tornar complicada el padecimiento de esta, y mediante qué mecanismos la persona se enfrenta a los distintos contextos en los cuales se puedan presentarse dificultades, ya sea en su ámbito laboral, académico, familiar o social.

Capitulo-II Diabetes Mellitus tipo 2

“La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos”. OMS, (2016). Por lo anterior se entiende que la diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando no hay una producción adecuada de insulina en el cuerpo o no se distribuye de manera óptima esta hormona por medio del sistema endocrino produciendo complicaciones a corto y largo plazo, perjudicando órganos y sistemas como el nervioso y circulatorio.

En 2014, el 8,5% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. En 2015 fallecieron 1,6 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes en 2012. OMS, (2016). La OMS (2017) define la diabetes, sus síntomas y su tipología:

Diabetes de tipo 1. (También llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

Diabetes de tipo 2. (También llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de

los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Los síntomas de la diabetes tipo 2 incluyen: Micción frecuente, sed excesiva, pérdida de peso, visión borrosa. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. De este modo y para este tipo de Diabetes se genera un tipo de controles y tratamientos dependiendo de la complejidad de cada caso, a diferencia de la DMT1 en la DMT2 no requieren la inyección de insulina diaria para poder sobrevivir; en la mayoría de los casos se maneja con una dieta sana, actividad física y algunos medicamentos orales, regulando así los niveles de glucosa en el cuerpo. FID, (2015).

Diabetes gestacional: Se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas. Deterioro de la tolerancia a la glucosa y alteración de la glicemia en ayunas. El deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glicemia en ayunas son estados de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2, aunque esto no es inevitable.

Consecuencias de la diabetes. Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. La neuropatía de los pies

combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal como se observa en la teoría referente sobre esta enfermedad se pueden presentar variedad de casos en los cuales todo depende del tipo de diabetes, lo que conlleva a consecuencias que perjudican su salud física, como también su salud mental, ya que en algunos casos puede llegar darse afecciones emocionales, o sentimientos desesperanzadores para el desenvolvimiento de su vida cotidiana. En la población escogida se quiere, profundizar en las E.A que estas personas utilizan en las diferentes áreas de ajuste, conociendo que comportamientos se puedan presentar según la complejidad de su enfermedad

Capítulo III- Adulter Media

Al trabajar con esta población padeciente de la DMT2 se debe tener en cuenta la etapa del ciclo vital en el que se encuentran que en este caso sería la adulter media es por eso que para ejecutar esta investigación se debe incluir esta fundamentación teórica para un mejor desenvolvimiento y comprende aspectos que pueden ser relevantes en relación con dicha enfermedad.

Salud física y mental en la adultez media.

El cerebro en la edad media: Al envejecer, el cerebro experimenta deterioros en varias áreas, sobre todo en el caso de tareas que requieren un tiempo de reacción rápido o hacer malabares con múltiples ocupaciones. El deterioro es mayor en las tareas que implican elección de respuestas (como presionar un botón cuando se enciende una luz y otro cuando se escucha un tono) y habilidades motrices complejas que involucran muchos estímulos, respuestas y decisiones (como conducir un vehículo). Esto se debe en parte a que la capacidad para ignorar las distracciones disminuye gradualmente con la edad, lo que hace más difícil realizar muchas cosas al mismo tiempo Madden, Langley; Stevens, Hasher, Chiew y Grady. Citado por Papalia, (2012).

Con lo anteriormente dicho se puede entender que con relación a la edad pueden existir nexos con la DMT2 que implican una mayor dificultad para su desenvolvimiento en su vida cotidiana, aparte de las afectaciones o el deterioro en funciones cognitivas presentadas por la edad se suma las complicaciones que se puedan dar a partir de la enfermedad, en donde en tales casos la situación del paciente puede tornarse estresante, lo que conlleva a interferir en sus actividades diarias.

La mayoría de las personas de edad media en los países industrializados es muy sana. Salvo 12% de las que tienen de 45 a 54 años y 18% de las de 55 a 64 años, las personas de estos grupos se consideraban con excelente salud. Solo 12.5% de las de 45 a 54 y 20% de las de 55 a 64 años limitan sus actividades por condiciones crónicas (principalmente artritis y trastornos circulatorios), lo que aumenta con la edad. National Center for Health Statistics, 2006; Schiller y Bernadel. Citado por Papalia (2012). Según esta estadística en la adultez media hay un mayor riesgo el cual influye en el bienestar de las personas ya que por factores propios de la edad existe una tendencia que no favorece a

la salud del ser humano agravándose en las personas que padecen enfermedades de tipo crónico.

Tendencias de salud a la mitad de la vida.

A pesar de su salud por lo general buena, muchas personas a la mitad de la vida, sobre todo las de posición socioeconómica baja, tienen problemas crecientes de salud (Lachman, 2004) o les preocupan los signos de un posible deterioro. Es posible que tengan menos energía que en su juventud y que experimenten fatiga y dolores ocasionales o crónicos. La prevalencia de las limitaciones físicas aumenta con la edad, de alrededor de 16% en las edades de 50 a 59 años, a casi 23% al final de los sesenta; y este efecto es más marcado para los afroamericanos y las mujeres. Holmes, Powell-Griner, Lerthbridge-Cejku y Heyman, (2009). A muchos adultos se les dificulta desvelarse. Es más fácil que contraigan ciertas enfermedades, como hipertensión y diabetes, tardan más en recuperarse de enfermedades o agotamiento. Merrill y Verbrugge; Siegler, Citado por Papalia (2012)

Comprendiendo esto se infiere que también influye de manera relevante la posición socioeconómica ya que representa un factor de riesgo en la adquisición de enfermedades crónicas relacionados con las limitaciones físicas propias de la edad que puedan presentarse, y donde se observa que la población de género femenino está más predispuesta a contraer enfermedades de tipo crónico, dando lugar así a la DM2 que es la problemática presentada en esta investigación por consiguiente se tendrá en cuenta lo que refieren Papalia, Feldman y Martorell (2012) sobre la diabetes:

“La prevalencia de la diabetes se duplicó en la década de 1990 Weinstein *et al.* Dice que: El tipo más común de diabetes, el de inicio en la madurez (tipo II), aparece después de los 30 años y su prevalencia aumenta junto con la edad. A diferencia de la diabetes juvenil (tipo I), o

insulinodependiente, la diabetes en la que las concentraciones de azúcar en sangre aumentan porque el cuerpo no produce suficiente insulina, en la diabetes al inicio de la madurez las concentraciones de glucosa sube porque las células pierden su capacidad para aprovechar la insulina que produce el organismo.”

Como resultado, el cuerpo trata de compensar y produce demasiada insulina. Las personas con diabetes al inicio de la madurez no saben que la padecen hasta que sufren complicaciones graves, como ataque cardiaco, apoplejía, ceguera, enfermedad renal o pérdida de miembros. American Diabetes Association, citado por Papalia, Feldman y Martorell (2012).

Salud mental: Es más frecuente que los adultos de edad media, en comparación con los jóvenes y los mayores, sufran trastornos psicológicos graves: tristeza profunda, nerviosismo, inquietud, desesperanza y sentimientos de minusvalía la mayor parte del tiempo. Asimismo, los adultos con trastornos psicológicos graves tienen más probabilidades que sus pares de recibir un diagnóstico de enfermedad cardiaca, diabetes, artritis o apoplejía y de necesitar ayuda con las actividades diarias, como bañarse y vestirse. Pratt, Dey y Cohen, Citado por Papalia, Feldman y Martorell (2012).

En un amplio estudio nacional estadounidense con mujeres de edad media, alrededor de una de cuatro, mostró síntomas de depresión. Como en estudios anteriores, la prevalencia fue mayor entre las afroamericanas y las hispanas, y menor entre las de origen chino o japonés. Las diferencias de posición socioeconómica y otros factores de riesgo explicarían estas discrepancias raciales y étnicas. Las mujeres con menores niveles de educación y que padecían dificultades para cubrir las necesidades básicas tuvieron más probabilidades de manifestar síntomas de depresión.

Lo mismo pasó con las que calificaron su salud de mala o regular y las que estaban sometidas a estrés o no tenían apoyo social; todos estos factores pueden ser más importantes que el marcador más obvio de la posición socioeconómica. Bromberger, Harlow, Avis, Kravitz y Cordal. Citado por Papalia, Feldman y Martorell (2012).

Crisis de la mitad de la vida: Según Papalia et al. (2012), Dice que en esta etapa existen situaciones que generan crisis explicándolos de la siguiente manera: Es común atribuir los cambios en la personalidad y estilo de vida que se producen entre los 40 y 45 años a la crisis de la mitad de la vida, un periodo supuestamente muy estresante que es desencadenado por la revisión y revaloración de la vida personal. La crisis de la mitad de la vida, a la cual se conceptualizó como una crisis de identidad, de hecho, también se conoce como una segunda adolescencia. Según Elliott Jacques (citado por Papalia et al. 2012), el psicoanalista que acuñó el término, su detonante es la conciencia de la mortalidad. Muchas personas se percatan de que no podrán cumplir los sueños de su juventud o que alcanzarlos no les brinda la satisfacción que esperaban. Saben que, si quieren cambiar de dirección, deben actuar con rapidez.

Sin embargo, el término crisis de la mitad de la vida ahora se considera poco representativo de lo que la mayor parte de la gente experimenta en la mitad de la vida. En realidad, parece bastante inusual que ocurra. Algunas personas de edad media pueden experimentar crisis o confusión, pero otras se sienten en la cúspide de sus capacidades. Otras más pueden caer en algún lugar intermedio —sin cúspide y sin crisis— o pueden experimentar la crisis y la competencia en distintos momentos o diferentes esferas de la vida. Según Aldwin, Levenson; Heckhausen; Lachman, (citado por Papalia, Feldman y Martorell 2012).

Capítulo IV. Enfoque Cognitivo – Conductual

Para hablar sobre el enfoque cognitivo – conductual tenemos que tener en cuenta que está compuesto por dos modelos que a través de los años han evolucionado y se han unido para conformar una perspectiva mucho más amplia sobre el comportamiento humano. Ahora bien, empecemos por el modelo conductual una breve explicación de sus inicios, su objeto de estudio y algunas de sus técnicas.

Modelo conductual: Este modelo se basa en la conducta observable y se interesa en la forma en como adquirimos el aprendizaje, se fundamenta en bases teóricas tales como el condicionamiento operante, condicionamiento clásico y el aprendizaje observacional, algunos autores fundadores de este modelo son John B. Watson y B.F Skinner. Almenara, (2008)

Condicionamiento operante: En este tipo de condicionamiento se trabaja por medio de reforzadores positivos y negativos para consecución de cambios comportamentales los cuales por medio de la manipulación de los refuerzos se espera las nuevas respuestas aprendidas según el tipo de estímulo que se presente evaluando así el impacto de las consecuencias que se tiene en cada situación. Como lo refiere Almenara, (2008):

“El énfasis recae en la conducta y en las consecuencias de sus acciones. En general, si a una acción le sigue una recompensa, un refuerzo positivo, la acción se repetirá cuando el sujeto se encuentre en la misma situación. Si la recompensa cesa, aparecerán otros tipos de comportamientos. En el condicionamiento instrumental u operante, la atención recae en la utilización de refuerzos, negativos o positivos, para modificar la conducta.”

Edward Thorndike, fue uno de los exponentes más reconocidos de este tipo de condicionamiento, contribuyo al desarrollo del C. Operante según Almenara, (2008): “Thorndike con esta técnica llega a establecer la ley de efectos, que postula que son las consecuencias que siguen a la conducta las que ayudan a aprender.”

Es un proceso en el que se adhieren conductas en donde se aumenta o se disminuye la posibilidad de repetición dependiendo de las consecuencias o repercusiones que tenga esta. Es decir que se debe tener en cuenta como la persona recibe los reforzadores si implican la disminución o el aumento de algún tipo de comportamiento dando lugar a las percepciones propias de cada individuo.

Condicionamiento clásico: Este tipo de condicionamiento fue estudiado por Iván Pávlov precursor de esta perspectiva, para explicar brevemente en lo que consiste este paradigma diremos que Pávlov encontró como influyen los estímulos ambientales en la proyección de conductas conformando así comportamientos establecidos por el mismo entorno, fenómeno que demostró por medio del ejercicio que el aplico en animales encontrando respuestas fisiológicas encadenadas a los estímulos ambientales. Almenara, (2008), refiere de este estudio que Pávlov estableció: “las conexiones entre los estímulos medioambientales y las reacciones de los animales era el resultado del aprendizaje. Este sistema de aprendizaje es conocido actualmente como aprendizaje por Condicionamiento Clásico.”

Aprendizaje observacional: El aprendizaje vicario es aquel que se da por medio de la observación, es el conjunto de conductas aprendidas por un modelado el cual adquirimos de manera circunstancial, almacenando un repertorio de comportamientos para cada situación que se presente, dando lugar al entorno en el que se da este tipo de aprendizaje como a factores internos. Bandura, (citado por Almenara, 2008) establece tres procesos reguladores que establecen el aprendizaje de conductas, aparejamiento de eventos estímulo-respuestas

(condicionamiento clásico), consecuencias de las acciones (condicionamiento operante).

Procesos simbólicos-cognitivos: Es el que tiene más importancia de los tres, especialmente los que envuelven el aprendizaje observacional, que es un ítem clave dentro de la teoría del aprendizaje social. De acuerdo con esta teoría que es parte del constructo principal del enfoque conductual, se observa la correlación con el enfoque cognitivo de aquí se parte para la unión de estos dos tipos de enfoques para convertirse en una terapia la cual ampliaría su marco referencial complementándose entre sí para contribuir a la construcción de un enfoque que sería aplicable a la mayoría de los casos, trastornos y problemáticas de cualquier área de la psicología.

Modelo cognitivo. Desde el modelo cognitivo se da la importancia a aspectos como los pensamientos, las actitudes y las emociones, dadas por las mismas experiencias que el ser humano ha vivido las cuales contribuyen a la construcción de esquemas con los cuales la persona se referenciara para las futuras situaciones similares en las que evocara respuestas de acuerdo con lo aprendido.

Lo anteriormente dicho se apoya en los conceptos de Aarón Beck citado por Almenara, (2008) por lo cual el autor nos dice que:

“El individuo desarrolla un esquema desde el cual se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente. Este esquema afecta lo que percibe, renombra y prioriza como importante. Cuando aparece algún síntoma de psicopatología se hipotetiza que los esquemas activados son desadaptados, como resultado una persona puede sistemáticamente mostrar errores en el procesamiento de la información, de manera que puede generalizar, tener una atención selectiva, magnificar o minificar, personalizar o hacer arbitrariamente referencias sobre la información que recibe.”

Ingram y Kendall (citados por Almenara, 2008) Establecen cuatro componentes para los procesamientos cognitivos los cuales son:

Estructura cognitiva: Supone la manera en que la información se estructura y almacena internamente. Es como una plantilla que filtra ciertos procesos cognitivos. Cuanto más rígidos son los esquemas, las percepciones se filtran más y pasan a ser potencialmente más desadaptados. El contenido de las estructuras cognitivas hace referencia a la información que se representa en un momento dado. Este contenido se refiere al lenguaje interno.

Contenidos cognitivos: Los contenidos o proposiciones cognitivas se refieren a los elementos concretos positivos o negativos que son almacenados o codificados en los esquemas o estructuras cognitivas.

Operaciones o procesos cognitivos: Se refieren a procesos utilizados por el sistema para su funcionamiento. Son ejemplos las tareas de codificación y recuperación de la información, mecanismos atencionales procesos de estimación de probabilidades, procesos de formación de conceptos, etc. Todos ellos, aspectos relacionados con anomalías concretas en el “procesamiento de la información”.

Productos cognitivos: Se refieren al resultado final que el sistema cognitivo realiza sobre la información. Se trata de las cogniciones y los pensamientos que el individuo experimenta y de las que suele tener conciencia. Ejemplos son los pensamientos automáticos negativo (PAN), que tienen un papel activo en la génesis de los estados emocionales negativos.

Técnicas de intervención.

Reestructuración cognitiva: La RC es una técnica muy utilizada en la terapia cognitiva, ya que contrapone las ideas, creencias y atribuciones a percepciones erróneas que afectan a las personas en sus distintas áreas de ajuste, a continuación, se realizará una descripción concreta sobre su implementación y sus áreas de aplicación según Beck citado Bados, S; García, E (2010):

En la RC el terapeuta ha de ayudar al cliente a; identificar las cogniciones pertinentes, comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales, considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba, cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas. Modificar RC - 7 estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado. Estas cogniciones alternativas deben ser al menos relativamente plausibles para el cliente y fáciles de recordar y utilizar.

La RC se basa en ciertos presupuestos teóricos: El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Imaginemos que quedamos con un nuevo conocido que nos gusta y este no ha aparecido al cabo de media hora. Si nuestra interpretación es que no lo interesamos, nos sentiremos tristes y no volveremos a establecer contacto; pero si pensamos que la tardanza se debe a un imprevisto o a una confusión de hora, nuestra reacción emocional y conductual será muy diferente. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas. Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

Siguiendo con este hilo teórico, la reestructuración cognitiva se basa en el modelo denominado A – B – C, a continuación, Bados, S; García, E (2010) hacen una explicación sobre cada una de sus partes. A, se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real. Por ejemplo, ser criticado por una persona muy querida o fracasar en una tarea importante tal como el tratamiento del primer paciente.

B, se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. La palabra cogniciones puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los procesos cognitivos. Entre estos últimos se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación. Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de ciertos sesgos y errores en el procesamiento de la información tales como atención selectiva (p.ej., atender sólo a los fallos que uno comete), memoria selectiva (p.ej., recordar sólo las cosas negativas), sobre generalización (p.ej., creer que tras un fracaso no se tendrá éxito con los pacientes posteriores) o pensamiento dicotómico (p.ej., pensar que la gente es buena o mala)

C, se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante la aparición de un perro que se aproxima ladrando. O bien sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una propuesta de cita.

Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

Para terminar, de todo lo anteriormente expuesto se infiere desde la perspectiva de la psicología social que la reestructuración cognitiva no da la totalidad de la explicación de los comportamientos del ser humano a las situaciones que esta vivencia, sino que se le da una mayor relevancia a la manera en que cada persona interpreta este tipo de situaciones y las representaciones sociales que puedan impartir las mismas.

Capítulo V. Adherencia al Tratamiento

Como ya se conoce la diabetes mellitus II es una enfermedad crónica y por lo tanto esta requiere de un autocuidado por parte del paciente, pero desafortunadamente esta es la mayor dificultad que enfrenta dicha patología, donde el paciente no realiza el manejo efectivo de su tratamiento. Minsal, (2010, citado por Vergara y Barra 2014), afirma que la “baja proporción de pacientes diabéticos bien controlados crece el número de pacientes diabéticos que ingresa a diálisis, alta frecuencia de pacientes con pie diabético que deben ser amputados”, de acuerdo con lo planteado por el autor esos sucesos vienen siendo las consecuencias de un mal manejo del tratamiento por parte del paciente.

Por otro lado, además de que el paciente pasa a ser dependiente de un tratamiento farmacológico para mantener estabilidad en su salud, el cual repercute consecuencias de alto riesgo para su vida, también cabe mencionar un aspecto importante que da a conocer Vergara y Barra (2014), donde afirman que los pacientes diabéticos constituyen un grupo de alto riesgo en la manifestación de enfermedades cardiovasculares agudas y riesgo mortalidad similar al de aquellos con enfermedad cardíaca ya declarada, es decir que los pacientes diabéticos son propensos a presentar un infarto a raíz del efecto de la propia

enfermedad sobre la macro y la microcirculación es otro aspecto que resalta Vergara y Berra (2014).

Siguiendo con lo anterior, Vergara y Berra (2014), dicen que las guías clínicas recomiendan aplicar en pacientes diabéticos las mismas medidas de control de los factores de riesgo. Minsal (2010, citado por Vergara y Berra 2014), postula que esas medidas específicas del tratamiento de la DM involucran el ejercicio físico periódico, una dieta determinada y la ingesta de uno o más medicamentos, esto quiere decir, que son los tres componentes básicos que un paciente con diabetes debe colocar en práctica constantemente, ya que así, logra una estabilidad para su salud lo cual le permite tener la calidad de vida óptima.

El siguiente aspecto trata de conocer que “la persona debe generar cambios significativos en su conducta, lo que generalmente ocasiona un estado de angustia y rechazo a la nueva condición de vida y afecta negativamente a la terapia”, afirma Medel y González, (2006; Ortiz, 2006, citado por Vergara y Berra 2014). Lo anterior quiere decir que a la persona le cuesta cambiar su estilo de vida y por ende evade la implementación del tratamiento asignado, cabe tener en cuenta que esto puede ocurrir por falta de educación sobre la enfermedad o en algunas de las veces falta de apoyo por parte del núcleo familiar.

En relación con la educación al paciente y a la familia del mismo Minsal (2010, referenciado por Vergara y Berra 2014), retoma que dentro las medidas que apoyan al tratamiento se considera importante un equipo multidisciplinario, para educación, manejo de la dieta, actividad física, el control metabólico, el peso y el bienestar psicológico, este aspecto es vital para el paciente, ya que la orientación de personal profesional le facilita el proceso de adherencia al tratamiento y estabilidad en su salud, y también le permite a la persona tener un desempeño en la vida cotidiana de manera eficiente.

Con respecto al tratamiento Medel y González, (2006, citado por Vergara y Berra 2014), dicen que “el tratamiento que incluye intervenciones psicosociales es más efectivo que el basado únicamente en recursos farmacológicos”. Es decir, el apoyo familiar, social y la interacción y orientación por parte de profesionales permite que el paciente evolucione de manera satisfactoria, debido a que la estabilidad emocional promueve interés en el paciente por su salud y por tanto se motiva a cumplir su tratamiento.

Como se ha venido mencionando la adherencia al tratamiento es el aspecto que en muchas ocasiones le cuesta al paciente, y una de esas dificultades en los cambios de hábitos de vida, por tanto cabe retomar la definición de adherencia que postula, Margulies, Bar-ber y Recoder, (2006, referenciados por Vergara y Berra 2014), “La adherencia al tratamiento es conceptuada como la coincidencia entre la prescripción que se realiza y la conducta del paciente” esto quiere decir que viene siendo los procesos mentales que le el paciente a la información recibida por parte del médico, y cuando es mal interpretada predispone al paciente a aceptar el tratamiento.

Otro aspecto importante del tratamiento que hace Holguín et al. (2006 referenciado por, Vergara y Berra 2014), donde estos autores “sostienen que la adherencia al tratamiento involucra más que el mero cumplimiento de las indicaciones puesto que requiere una colaboración y participación activa y voluntaria del paciente con su tratamiento”. En otras palabras el paciente tiene un alto grado de responsabilidad para darle cumplimiento al tratamiento, además la persona se tiene que mantener optimista y motivada a enfrentar la patología ya que del compromiso que el paciente asuma depende la evolución de manera positiva, lo cual permite mitigar la presencia de síntomas negativos y se mantenga estable.

Ya para finalizar Medel y González (2006, citados por Vergara y Berra 2014), “postulan que entre los factores que dificultan la adherencia están la falta de apoyo social,

la baja autoestima, la ausencia de conocimientos y un bajo nivel educacional. Ya por otro lado Tejada, Grimaldo y Maldonado (2006), también referenciado por Vergara y Berra (2014), “afirman que el cuidado otorgado por la familia desempeña un importante rol en el tratamiento y estimula el autocuidado”. Es necesario recalcar que el apoyo de la familia, y de personal profesional son indispensables para que el paciente se mantenga motivado y se preocupe por su condición médica, de tal manera que no desista a su tratamiento.

Marco legal.

La presente investigación se rige bajo la ley 1090 del 2006, del Ministerio de Protección Social de Colombia, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones donde se estipula en el artículo 1 lo siguiente:

La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y, una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida.

El artículo primero también hace referencia que la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida.

Por otro lado también se tiene en cuenta se tiene en cuenta la resolución número 8430 del 4 de Octubre de 1993 del ministerio de salud de Colombia. En la anterior resolución se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Teniendo en cuenta las atribuciones especiales conferidas por el Decreto 2164 de 1992 y la ley 10 de 1990. Para la investigación se tienen en cuenta los siguientes artículos de la ley anteriormente mencionada:

Artículo 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

Artículo 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

Artículo 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas.

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- A. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- B. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- C. A la prevención y control de los problemas de salud.
- D. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- E. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- F. A la producción de insumos para la salud.

Metodología

El Método que se utilizará en este proyecto de investigación es mixto por que busca identificar, describir, analizar, e indagar sobre las estrategias de afrontamiento de las pacientes de género femenino diagnosticados con diabetes mellitus II , se realizara la aplicación de la escala de Modus de afrontamiento de Lazarus y Folkman, grupo focal y entrevista semi estructurada para recolectar datos.

Tipo de investigación

Investigación tipo mixta: Chen, & Johnson et al., (2006 referenciados por Hernández, Fernández & Baptista 2010) afirman que los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno.

Diseño de investigación.

Explicativo secuencial: El diseño se caracteriza por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. La mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativos. Cabe señalar que la segunda fase se construye sobre los resultados de la primera. Finalmente, los descubrimientos de ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio.

Hernández, Fernández & Baptista (2010)

Población: Pacientes con diabetes mellitus de género femenino

Muestra

Tipo de muestreo

Seleccionada por conveniencia: debido al difícil acceso a esta población por parte de las entidades de salud, se toma como muestra, tres personas de la ciudad de Pamplona las cuales se han conocido que están diagnosticadas con esta condición médica.

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra: Se realizan procesos de inclusión y exclusión teniendo en cuenta el género, el diagnóstico de diabetes mellitus II y la etapa del ciclo vital que sería la adultez media.

Descripción de la muestra: Se toma como muestra para la ejecución de este estudio a tres mujeres de la ciudad de Pamplona, con un nivel socioeconómico medio-bajo, partiendo desde el propósito de esta investigación para su elección, como también teniendo en cuenta la accesibilidad hacia esta población; de acuerdo a esto se escogen personas de género femenino en la etapa de adultez media ya que existe prevalencia de la enfermedad en esta población ajustándose a un rango de edad entre 40 y 60 años.

Técnicas e instrumentos.

Grupo focal. Se empleara como técnica de recolección de datos para darle cumplimiento a los objetivos planteados. Hamui & Varela (2013), afirman que la técnica de grupo focal, es un espacio de opinión para captar el sentir, el pensar y el vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos, Kitzinger citado por Hamui & Varela (2013) la define como una forma de entrevista grupal, que utiliza la comunicación entre el entrevistador y los participantes para obtener información. (*Ver apéndice A*)

Entrevista Semiestructurada. Se empleará esta técnica de investigación para tomar datos de forma particular y personalizada en cada uno de los integrantes de la población a investigar, este instrumento está diseñado para ejecutarlo por intermedio del diálogo socrático con el paciente de género femenino diagnosticado con diabetes mellitus II. Es un instrumento de tipo cualitativo que permite el acercamiento a una realidad específica. La entrevista una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. Hernández, Fernández & Baptista, (2006). (*Ver apéndice B*)

Escala de Modus de Afrontamiento.

Autores: Folkman y Lazarus (1984).

(*Ver apéndice C*)

Ficha técnica

A continuación se expone la ficha técnica de la escala de modus de afrontamiento de Lazarus y Folkman tomada de la Universidad Complutense de Madrid (S.F).

Nombre: Escala de Modos de Afrontamiento Revisada

Nombre original: Ways of Coping Inventory (WOC-R)

Autores: Richard Lazarus y Susan Folkman

Año: 1984

Descripción

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivos: Evalúa los diferentes modos de afrontamiento o coping: afrontamiento directo, apoyo, negociación, escape / evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol.

Población: General Número de ítems: 67 ítems

Descripción: WOC-R es la versión revisada de la escala original y sirve para evaluar de manera general las estrategias de afrontamiento. Los 67 ítems describen formas de actuar ante los problemas. Es una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0(“en absoluto”) a 3 (“en gran medida”). Pueden derivarse las siguientes subescalas: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación y reevaluación positiva.

Criterios de calidad: Fiabilidad: Consistencia interna: 0,61-0,79 Validez: El análisis factorial distingue entre factores dirigidos a la resolución de problemas (búsqueda de soluciones alternativas, búsqueda de información y realización de un plan de acción) y factores dirigidos a la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, distanciamiento, evitación, acentuación de los aspectos positivos de la situación y autorreproche).

Aplicación

Tiempo de administración: 15 y 20 minutos

Normas de aplicación: La persona debe señalar en qué medida actuó como se describe en cada una de las afirmaciones en la resolución de algún problema, en una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0 (“en absoluto”) a 3 (“en gran medida”).

Corrección e interpretación: Se puede obtener una puntuación total, una puntuación de estrategias centradas en el problema y de estrategias centradas en la emoción y una

puntuación para cada una de las 8 diferentes subescalas o modos de afrontamiento (afrontamiento directo, apoyo, negación, escape / evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol).

Procedimiento.

Tabla 1

Procedimiento

Objetivo	Técnica	Instrumento	Dirigido a
Identificar y describir las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes de género femenino diagnosticadas con Diabetes Mellitus II.	Escala de estrategias de afrontamiento	Escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman	Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus II

Analizar las estrategias de afrontamiento y la influencia que estas tienen en la condición médica de los pacientes con DMT2	Entrevista semi estructurada. Grupo focal	Formato entrevista estructurada. Protocolo de grupo focal	Pacientes de género Femenino diagnosticadas con diabetes mellitus II
---	--	--	--

Resultados

Resultados y análisis de la entrevista semiestructurada

Tabla 2

Resultados de la entrevista semiestructurada

Pregunta	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Análisis
1. ¿hace cuánto tiempo fue diagnosticada?	“Hace tres años “	“Hace 12 años aproximadamente “	“Hace 4 años.”	Se infiere que las participantes de la investigación están en un rango de 3 a 12 años de haber recibido el diagnóstico.
2. ¿Qué tipo de emociones se generaron en usted en el momento de ser informada de su diagnóstico?	“Temor, pensé que tenía que cuidarme por mi misma, por los seres queridos y por tener calidad de vida.”	“Mucha angustia.”	“Sentí angustia porque iba a estar más limitada en la alimentación, y sobre todo porque me explicaron las	Se identifica que las emociones influyen de manera directa en la evolución de la enfermedad, las cuales interfieren en la adherencia

consecuencias de al tratamiento y por ende no cuidarme.” en la condición médica.

3. ¿Qué cambios, síntomas y dolencias físicas han generado en usted esta condición médica? “Dolencias en los huesos, las piernas y en las articulaciones de las piernas, afectación visual.” “Decadencia física a causa de tomar metformina, baje de peso, calor desesperante mucha sed.” “A veces me dan microsueños y mucha sed, pero dolencias físicas no.” Se evidencia que padecer esta enfermedad genera afecciones físicas como dolencias musculares en sus extremidades y cambios en el ciclo del sueño como somnolencia y microsueños.

4. ¿Cómo se han visto afectadas sus conductas y emociones en este proceso? “Si, mal genio, me volví más sentimental, no puedo tener mucha rabia, al tener rabia se dispara el azúcar.” “Aceptar todo, con la insulina volví a subir de peso.” “Me acostumbre a vivir con la diabetes me chequeo cada 3 meses, he aprendido a tener disciplina en ese sentido. Hago lo mismo de siempre” De acuerdo a lo expuesto se deduce que existen alteraciones emocionales y conductuales las cuales conllevan a modificar el estilo de vida, percibiendo la importancia de realizar las prácticas médicas

solo tengo que suministradas lo cual
 estar juiciosa con contribuye a la adherencia
 los medicamentos.” del tratamiento.

5. ¿Qué cambios han
 ocurrido en sus hábitos
 de vida desde que se le
 diagnostico la DMT2?

“Cambios en la
 comida, tengo que
 cuidarme, tengo que
 caminar mucho, no
 volví a tomar gaseosa,
 a veces me desvelo.”

“Me perjudico la
 visión, estoy en
 tratamiento, tuve una
 hemorragia en el ojo
 derecho, me hacen laser
 y me aplican
 inyecciones, tengo un
 lente de contacto.”

“La
 alimentación, todo
 sin azúcar ni
 endulzantes, frutas
 tampoco, ni
 alimentos
 provenientes de
 animales. Mis
 alergias son a raíz
 de mi diagnóstico
 de azúcar. Tengo
 que tener cuidado
 con cicatrización
 de heridas.”

El cambio más común
 que se identifico fue en la
 alimentación, percibiendo
 que deben mantener una
 dieta acorde a su
 tratamiento, lo cual influirá
 positivamente en su
 condición médica.

6. ¿Cómo ha sido el
 proceso de aceptación
 de la enfermedad?

“La aceptación de
 la enfermedad ha sido
 normal, cuento con el
 apoyo de toda mi
 familia.”

“Yo la acepte normal,
 dios preverá.”

“Sin tanto
 estrés. No culpe a
 nadie, ni busque
 explicaciones. Yo
 sabía que mi mama

Según lo expresado por
 las participantes se infiere
 que la enfermedad ha sido
 aceptada junto con los
 cambios que esta genera,

padecía de donde aspectos familiares, diabetes, pero no espirituales y conocimiento me esperaba que de la enfermedad me diera a mí. No influyeron para el proceso renegué, lo acepte de aceptación de la misma. con naturalidad.”

7. ¿explíquenos cuál ha sido el tratamiento implementado por el personal médico?

“Tomo metformina una pastilla en la mañana con el desayuno y una con la comida, cuando me empezó tomaba tres, tenía muy alta el azúcar, por el cuidado que he tenido con el tratamiento y la alimentación, el médico me redujo a dos pastillas por día.”

“Todos los días me aplico antes de cada comida 12 cm de insulina intramuscular, ya cuando me voy a dormir me aplico insulina lantus 28 cm. Al inicio de la enfermedad tomaba metformina pero el médico me la cambio por la insulina porque había perdido mucho de peso.”

“Tomo metformina, una en la mañana antes del desayuno, una antes de la comida, los exámenes cada tres meses para el seguimiento.”

Se analiza que a medida que la enfermedad evoluciona se requiere de un tratamiento con una dosificación más alta, así mismo se evidencia que las participantes de la investigación se encuentran realizando el tratamiento con sus respectivos controles médicos.

8. ¿Se le dificulto adaptarse al tratamiento? ¿Por qué?

“No se me da dificultado adaptarme al tratamiento, porque de ahí depende mi

“No, ya me acostumbre si no me coloco la insulina la perjudicada soy yo.”

“No se me ha dificultado adaptarme

Se deduce que las dificultades de la adaptación al tratamiento

	calidad de vida.”		tratamiento, lo tome fueron limitadas donde se con naturalidad, relaciona de manera directa porque mi hijo me la percepción que se tiene explico todo lo que sobre la consecuencias de debería hacer, y las no seguir el tratamiento consecuencias de no indicado por el medico; seguir el además de las afecciones tratamiento.” que puedan presentarse posteriormente.	
9. ¿Cuál es su percepción de su estado de salud actual?	“Buena, tengo una vida normal, realizo la actividad cotidiana normal, cada tres meses me hago chequeo médico, para saber cómo me encuentro.”	“Me siento bien, cada tres meses me hago exámenes, siento dolor en el cuerpo a ratos, la inyección de la insulina siempre causa dolor.”	“Mi enfermedad no ha empeorado porque uno tiene que ser juicioso a lo que le mandan los médicos, y yo tengo un médico de cabecera que está pendiente de mí, me percibo bien, yo me siento bien.”	La percepción en cuanto al estado de salud actual es positiva, donde los síntomas se han abordado de manera adecuada lo cual permite el desempeño en las actividades cotidianas.
10. ¿Qué expectativas tiene a futuro con respecto a su diagnóstico?	“Que siga estable y no tenga bajonazos en enfermedad”	“Quien sabe esa enfermedad es muy”	“Mis expectativas”	Las expectativas hacia el futuro de la enfermedad son

mi salud.”

traicionera, dios sabrá, yo seguirme cuidando favorables, donde se creo y confió en dios todo y que no se me vaya concibe la importancia de está en las manos de él.” a complicar, ni que continuar con los se comprometa tratamientos para mitigar ningún órgano, los efectos físicos y creyendo en dios psicosociales. que todo va a estar bien.”

Resultados y análisis del grupo focal

Tabla 3

Resultados grupo focal

Pregunta orientadora	Participantes	Respuestas	Observaciones y análisis
1. ¿desde que fueron diagnosticadas con esta condición médica, de qué manera ha cambiado su estilo de vida, si es posible coméntenos	Sujeto 3 Sujeto 1 Sujeto 2	Sujeto 3: “Si ha cambiado mi vida, aunque nunca he sido amiga del dulce, tengo que ser menos amiga con esta condición médica, me salen alergias de todo, es una condición inherente al tener	Según lo expresado por las participantes del estudio investigativo realizado, se identifica que el hábito que se modificó con mayor prevalencia fue la alimentación; donde se evidencia las

comportamientos, hábitos, costumbres que se hayan tenido que eliminar desde ese momento?

el azúcar alto. En algunos momentos cuando consumía frutas y algunas verduras como también productos lácteos provocaban en mi hinchazón en garganta y oídos además de ahogo, alergias por esto creo que la alimentación es lo que más he cambiado”.

consecuencias de consumir algunos alimentos que generan reacciones alérgicas provocando hinchazón y ahogo. Lo cual genera acciones adversas en su condición médica y afecta directamente el estilo de vida.

Sujeto 1: “Yo no tenía el azúcar alta, a mí me daban eran bajonazos, se me baja mucho el azúcar. Lo que ha cambiado es la alimentación”.

Sujeto 2: “A mí también me han dado alergias, estando con mi papa en la clínica dure 18 días con una picazón, tomaba loratadina, el cuidado con la alimentación es lo que más he cambiado”.

<p>2. ¿por favor cuéntenos como ha sido el tratamiento, o desde que experiencias propias nos pueden describir su percepción del tratamiento para la diabetes?</p>	<p>Sujeto 3 Sujeto 2 Sujeto 1</p>	<p>Sujeto 3: “Yo tomo metformina, cuando tengo recursos compro janumet que es mejor que la metformina”.</p> <p>Sujeto 2: “Yo soy insulino dependiente antes de cada comida me aplico 12 cm insulina lantus y por la noche cuando me voy a dormir me aplico 28 cm de insulina pidra”.</p> <p>Sujeto 1: “A mí el médico me receto una pastilla de metformina con el desayuno y en la noche me tomo otra con la cena.”</p>	<p>En cuanto a la percepción de su tratamiento se evidencia que una de las 3 pacientes tiene una condición médica compleja, por ende se requiere de un tratamiento con insulina en mayores cantidades.</p> <p>De acuerdo a esto las otras dos personas refieren que su tratamiento está compuesto por otro tipo de medicamento y en menores dosis.</p> <p>Comprendiendo lo anteriormente expuesto se infiere que según la complejidad de la condición médica del paciente se establece el tratamiento.</p>
<p>3. ¿Qué áreas de la vida de cada una de ustedes han sido afectadas y de qué manera, partiendo desde el conocimiento de su diagnóstico?</p>	<p>Sujeto 2 Sujeto 3 Sujeto 1</p>	<p>Sujeto 2. “Pues en mi condición yo he seguido haciendo todo con normalidad, la enfermedad me ha afectado la visión, tuve una hemorragia en mi ojo derecho, me ha tocado estar en tratamiento, me hacen laser y tengo un lente de contacto. Me dan calambres cuando duermo, el médico me mando a tomar omega 3, 6 y 9. Me da mucho</p>	<p>Según lo referido por las participantes se interpreta que las afecciones más significativas desde el diagnóstico de la enfermedad, ha sido el componente físico ya que manifiestan múltiples dolencias y complicaciones debido al padecimiento de la diabetes, cabe resaltar que siguen realizando las actividades cotidianas con normalidad.</p>

estrés, sufro mucho por los hijos. No puedo tener una dieta estable porque no tengo recursos para comprar lo alimentos que no afecten mi salud.”

Sujeto 3. “Yo también he tenido que seguir con mi trabajo normalmente porque soy docente en un colegio público. El que tiene que cuidarse es uno, mi vida no ha cambiado en nada, mis actividades han seguido normales. Por las noches me dan calambres frecuentemente.”

Sujeto 1. “A mí se me ha afectado un poco la visión, pero como tal no me ha afectado mucho, uno mismo tiene que colocar de su parte para cuidarse, yo como pero no es igual a antes.”

4. ¿por medio de sus experiencias que tipo de situaciones le han presentado dificultades para su desempeño en la vida cotidiana y que estrategias han implementado para enfrentar cada una de estas?

Sujeto 3
Sujeto 1
Sujeto 2

Sujeto 3. “A mí no me ha impedido nada, no he cambiado nada, he seguido igual. Lo único es que no como frutas y nada de dulce. Yo no tengo en la cabeza que estoy enferma, solo que tengo algunas limitaciones que no puedo comer dulce.”

Analizando la información obtenida se identifica que no se presentan dificultades para la realización de sus actividades diarias, de la misma manera se evidencia que omiten percepciones negativas de su enfermedad considerando que estas pueden perjudicar su salud.

Sujeto 1. “Sigo normal, las

actividades cotidianas las realizo igual que antes, no como dulce, jugos cero dulce a veces los remplazo por agua.”
Sujeto 2. “Cuando como dulce me da mucho dolor de cabeza.

La vida la he seguido normal, todos los días hago oficio normal, trato de no comer dulce.”

5. Hablemos de cómo es la rutina diaria en cada una de ustedes, el grupo de apoyo primario.

Sujeto 3

Sujeto 3. “Mi rutina es normal, de la casa al trabajo, soy docente de bachillerato, cuento con el apoyo de mi familia y mi hijo.”

Sujeto 2

Sujeto 2. “Todos los días me levanto a hacer los oficios de la casa, desayuno, aseo, y salgo a caminar. A veces salgo a trabajar en casa de familia. Cuento con el apoyo de mis hijos.”

Sujeto 1

Teniendo en cuenta lo dicho por estas personas se comprende que independientemente de la condición médica se dedican a las labores del hogar y que así mismo cumplen a cabalidad con sus tareas. De igual manera perciben de suma importancia el apoyo de sus familias, la cual participa de manera activa en el cuidado y tratamiento de la enfermedad y por ende establecer una evolución adecuada.

Sujeto 1. “El apoyo de mi esposo y

		mi hijo ha sido fundamental, siempre me ayudan a cuidar. Mi rutina todos los días es hacer las cosas del hogar, no han cambiado en nada.”	
6. Desde su experiencia que recomendaciones puede dar para sobrellevar adecuadamente la diabetes mellitus II	Sujeto 1 Sujeto 3 Sujeto 2	Sujeto 1. “No se debe pensar que está enfermo. Hacerse el tratamiento tal cual como dice el médico. Estar pendiente del chequeo cada tres meses.” Sujeto 3. “Seguir el tratamiento como lo manda el médico. Tener cuidado con la alimentación. Quitarse de la mente la enfermedad.” Sujeto 3. “No darle importancia a que estoy enfermo, orar mucho, hacerse el tratamiento como lo dice el medico porque es por el bien de la salud. Cuidarse con la alimentación, no comer dulce.”	Se analiza que es fundamental seguir el tratamiento partiendo de las indicaciones prescrita por el personal médico. Así mismo se deben mitigar los pensamientos que con lleven a percepciones negativas de en relación a la enfermedad.

Resultados de la escala Modos de Afrontamiento de Lazarus y folkman

El sujeto 1

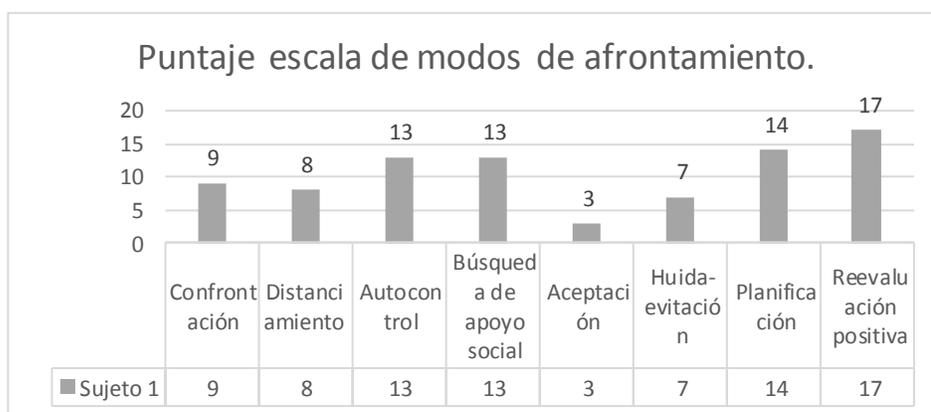
Edad: 53 años

Estado Civil: Casada

Sexo: Femenino

Grafica 1

Puntaje escala modos de afrontamiento sujeto 1



Según los datos arrojados en la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y folkman en el sujeto N° 1 a continuación se identifican en orden descendente las estrategias más predominantes:

1. Reevaluación positiva (Supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante), la anterior estrategia de afrontamiento es la más predominante en el sujeto 1 con una puntuación de 17, ya que el individuo percibe la situación por ende controla los aspectos positivos y negativos que influyen en su condición médica. Como segunda (2) estrategia de

afrontamiento esta la planificación, con una puntuación de 14. (Apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación “evaluación secundaria”). Para el sujeto 1 la tercera estrategia de afrontamiento más implementada está el autocontrol, con una puntuación de 13, (se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos acciones y respuestas emocionales). 4. Búsqueda de apoyo social (supone los esfuerzos que se realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral. 5. Confrontación (constituye los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Seda en la fase de afrontamiento). 6. Distanciamiento (Implica los esfuerzos que realiza por apartarse o alejarse del problema, evitando que este le afecte al sujeto).

Siguiendo con lo anterior, se encuentra la estrategia de afrontamiento número 7. Huida- evitación (A nivel conductual implica el empleo de estrategias tales como: beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general apunta a desconocer el problema.) 8. Aceptación (indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”).Partiendo de lo evidenciado en la prueba se encuentran como principales estrategias de afrontamiento en el sujeto uno, la reevaluación positiva, planificación y el autocontrol.

Sujeto 2

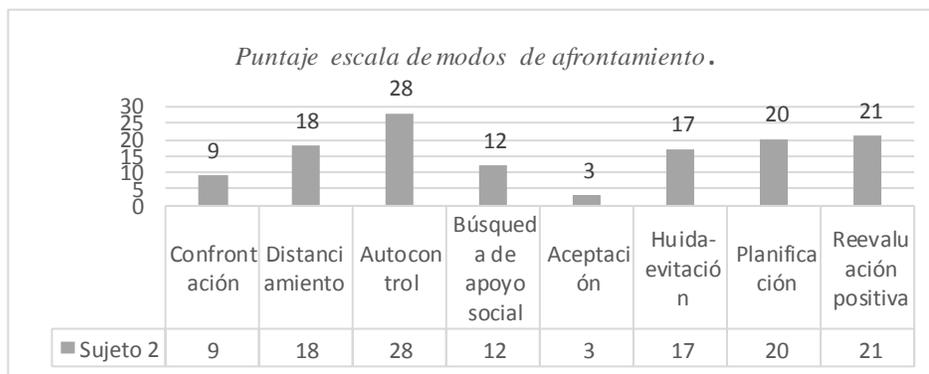
Edad: 58 años

Estado Civil: Separada

Sexo: Femenino

Grafica 2

Puntaje escala modos de afrontamiento sujeto 2



Según los datos arrojados en la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y folkman en el sujeto N° 2 a continuación se identifican en orden descendente las estrategias más predominantes:

En el sujeto 2 predomina la estrategia de afrontamiento de autocontrol donde arroja una puntuación de 28, (se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos acciones y respuestas emocionales). En segundo lugar se encuentra la reevaluación positiva con una puntuación arrojada de 21. (Supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante). Como tercera estrategia de afrontamiento más implementada esta la planificación (Apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación “evaluación secundaria”). Como cuarta está el distanciamiento donde se puntúa con 18, (Implica los esfuerzos que realiza por apartarse o alejarse del problema, evitando que este le afecte al sujeto). 5. Huida-

evitación (A nivel conductual implica el empleo de estrategias tales como: beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general apunta a desconocer el problema.). 6. Búsqueda de apoyo social (supone los esfuerzos que se realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

A continuación se encuentra la estrategia de afrontamiento número 7. Confrontación (constituye los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Seda en la fase de afrontamiento). 8. . Aceptación (indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”).Partiendo de lo evidenciado en la prueba se encuentran como principales estrategias de afrontamiento en el sujeto uno, la reevaluación positiva, planificación y el autocontrol.

Sujeto 3

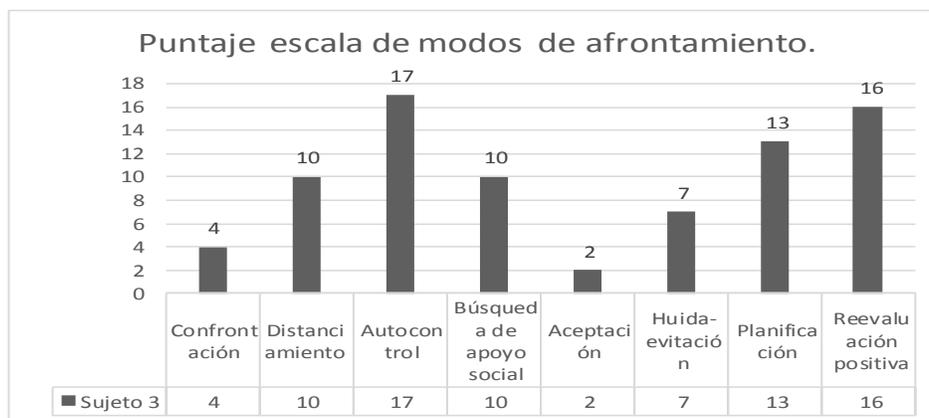
Edad: 59 años

Estado Civil: Separada

Sexo: Femenino

Grafica 2

Puntaje escala modos de afrontamiento sujeto 3



Según los datos arrojados en la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y folkman en el sujeto N° 2 a continuación se identifican en orden descendente las estrategias más predominantes.

Para el sujeto 3 también predomina el autocontrol obteniendo una puntuación de 17, (se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos acciones y respuestas emocionales). Como segunda estrategia de afrontamiento esta la reevaluación positiva la cual obtiene una puntuación de 16, (Supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante). También está la planificación como la tercera estrategia más empleada por el sujeto, (Apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación “evaluación secundaria”). 4.

Distanciamiento (Implica los esfuerzos que realiza por apartarse o alejarse del problema, evitando que este le afecte al sujeto). 5. Búsqueda de apoyo social (supone los esfuerzos que se realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Siguiendo con lo anterior se encuentra la sexta estrategia de afrontamiento huida- evitación (A nivel conductual implica el empleo de estrategias tales como: beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general apunta a desconocer el problema.). 6. Búsqueda de apoyo social (supone los esfuerzos que se realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

A continuación se encuentra la estrategia de afrontamiento número 7. Confrontación (constituye los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Seda en la fase de afrontamiento). 8. . Aceptación (indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”).Partiendo de lo evidenciado en la prueba se encuentran como principales estrategias de afrontamiento en el sujeto uno, la reevaluación positiva, planificación y el autocontrol.

Análisis de resultados por categorías

Tabla 4

Análisis de resultados

Categoría	Análisis
Estado actual de la condición medica	Partiendo de la información obtenida por parte de la entrevista semiestructurada y el grupo focal, se infiere que el estado de la condición médica de las participantes es estable, cabe resaltar que se observan complicaciones a raíz de su diagnóstico, dadas como afecciones visuales y cutáneas, pero que son manejadas a través del tratamiento indicado por el personal médico.
Adherencia al tratamiento	Analizando lo referido por las participantes se deduce que existe una alta adherencia al tratamiento, comprendiendo que hay una disciplina en los medicamentos indicados pero sin embargo existen irregularidades en su alimentación, además de no tener como una prioridad para su cuidado el ejercicio lo que contribuye a que en ocasiones se vea afectada su salud.

Estrategias de afrontamiento

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se evidencio que las tres que predominan en las participantes y dándose como un hecho común fueron la reevaluación positiva, el autocontrol y la planificación. Teniendo en cuenta esto y en relación con las anteriores categorías es válido decir que estas tres estrategias implementadas son relevantes para la adherencia al tratamiento que se ha establecido según el caso y que por ende conllevan a una estabilidad favorable para su condición médica.

Por otra parte es relevante acotar una particularidad que se presenta en los tres casos, la estrategia de afrontamiento de aceptación es la que se da en el menor grado, contrastando estos datos con la información obtenida en la entrevista y grupo focal, a lo cual se infiere que el factor de la aceptación no se hace vital para mantener su condición médica estable y poder seguir el tratamiento.

Discusión

Este estudio investigativo parte con el planteamiento del objetivo general identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por tres personas de género femenino de la ciudad de Pamplona diagnosticadas con Diabetes Mellitus TIPO II, analizando cuál es su influencia en el manejo de la condición médica, donde se tiene en cuenta la adherencia al tratamiento, el estudio se realiza por intermedio de una investigación mixta. Contribuyendo al abordaje psicoterapéutico y mejoramiento tanto físico como psicológico de la población.

El desarrollo de esta investigación se dio con tres mujeres, las cuales se encuentran en la etapa de adultez media, el criterio de selección de la muestra se toma por conveniencia ya que existe una complejidad y limitaciones para el acceso a este tipo de población, ya sea por razones de tiempo de estas personas o el desconocimiento y privacidad de la misma población, hay que resaltar las entidades de salud son muy reservadas con la información y datos de este tipo de pacientes, donde pretenden reservar la confidencialidad de dichas personas.

En concordancia con lo anterior y para dar cumplimiento a los objetivos planteados se utilizan 3 instrumentos, como lo son la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman la cual se encuentra validada y con aplicaciones en diversas investigaciones; se diseñaron dos instrumentos para la investigación ,entrevista semiestructurada y la estructuración del formato de grupo focal , esto se realizó con el fin de obtener información sobre el estado de la condición médica y la adherencia al tratamiento, para así poder establecer la relación que estos tienen con las estrategias de afrontamiento. La aplicación de estos instrumentos se a realizo en 2 sesiones, en la primera sesión se aplica la escala de modos de afrontamiento y la entrevista semiestructurada, esto se realiza de manera individual partiendo de los criterios éticos, para el desarrollo de estudios investigativos, en el segundo encuentro se da ejecución grupo focal evidenciando

participación activa por parte de la población seleccionada recolectando los datos e información pertinente identificando aspectos relacionados con el objetivo de este estudio.

Cabe resaltar que las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II se enfrentan a una condición médica de tipo crónico por lo cual se debe seguir con un tratamiento específico según los aspectos propios del caso, para estas disposiciones la OMS (2016) define la DMT2 como una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Es decir que estas personas deben mantener el tratamiento basado en la aplicación de insulina que puede requerir su cuerpo dependiendo de cada caso, ya que la insulina es la hormona que regula el azúcar en la sangre, OMS (2016).

Otro punto relevante que hace énfasis son los síntomas característicos de la DMT2 empezando por la micción frecuente, la sed excesiva, la pérdida de peso y visión borrosa OMS (2016). De acuerdo con lo manifestado y observado en las participantes se comprueba que lo anteriormente mencionado se presenta en los casos que hicieron parte de esta investigación, afirmando la relación entre la teoría y el resultado de la investigación, ya que se difiere que las participantes del estudio refirieron presentar los síntomas específicos de la diabetes repercutiendo en la condición médica.

Es importante interpretar como estas personas desde el diagnóstico y las distintas situaciones que se les presentan evidencian los tipos de estrategias de afrontamiento que ellas implementan y así inferir desde el conocimiento de su caso y de la adherencia al tratamiento que ellas tienen, que tipo de influencias se establecen en lo anteriormente mencionado y que repercusiones tienen estas en los aspectos de salud.

Es válido resaltar desde una interpretación subjetiva la relación que tienen las estrategias de afrontamiento implementadas por estas personas, y el funcionamiento de estas desde la percepción de su condición médica y las distintas situaciones que pueden presentarse, es decir que sin importar las dificultades que se les presenten y sabiendo su diagnóstico ellas afrontan y se desenvuelven de manera adecuada en sus oficios y labores. Partiendo de esto se puede analizar que, la situación puede dar lugar a una adherencia al tratamiento de forma correcta o incorrecta, es decir su situación socioeconómica y familiar influye de manera directa en la condición médica.

Siguiendo con este hilo de ideas a continuación se van a presentar los resultados obtenidos y se revisaran bajo la luz de las perspectivas utilizadas para este estudio:

Se hace importante partir desde el estado actual de la salud de las participantes, ya que este contribuye a poder establecer la relación que tienen las estrategias de afrontamiento y por ende la influencia positiva o negativa sobre la condición de cada caso. Según lo evidenciado en los dos instrumentos como lo fueron la entrevista semiestructurada y el grupo focal se refleja que cada una de estas personas posee un estado de salud relativamente estable, ya que como se observa y ellas mismas lo refieren han tenido afecciones visuales y dérmicas como también la pérdida y aumento de peso así como lo afirma la OMS (2017): La diabetes con el tiempo, puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios (Problemas cardiovasculares, rinopatía, neuropatía, retinopatía y complicaciones en la piel)

Relacionando lo anterior con las veces en que ellas se salían de su dieta o pasaban por alto las indicaciones sobre su alimentación dadas por el personal médico, en este momento y relacionándolo con los resultados obtenidos en la escala se puede observar cómo influye la estrategia de la autorregulación la cual Lazarus y Folkman (1984), citado por Villamizar, TNP, (2014) la definen como un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales. Comprendiendo con esto que estas personas emplean esta estrategia para favorecer su condición

médica y no poseer complicaciones posteriormente, ya que conocen cuales son las consecuencias de la enfermedad si no controlan sus pensamientos y acciones en pro del bienestar de su salud.

De igual manera en cuanto a la adherencia al tratamiento se evidencia que las participantes siguen adecuadamente el tratamiento establecido por el personal médico, observándose que en uno de los casos por la complejidad se requiere una dosificación más alta que las otras dos, sin embargo es válido establecer igualmente una relación con esta categoría y con la condición médica ya que las consecuencias directas de no asumir el tratamiento repercute en el estado de salud, de acuerdo con esto y con lo obtenido en los resultados de la escala de modos de afrontamiento se observa la influencia que tiene la estrategia de planificación definida por Lazarus y Folkman (1984), citado por Villamizar, TNP, (2014) como aquella que apunta a solucionar el problema, esta se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria). Analizando esto se puede entender que es relevante la implementación de esta estrategia de afrontamiento para una adherencia al tratamiento adecuada lo que beneficia de forma directa su condición médica.

Como una de las estrategias primordiales que se hallaron en los resultados de la escala se encontró la reevaluación positiva y que de igual manera Lazarus y Folkman (1984), citado por Villamizar, TNP, (2014) la explican como aquella que supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante. es importante realizar un análisis sobre la influencia que tiene esta estrategia sobre la condición médica (DMT2) y la adherencia a su tratamiento, ya que según lo expresado por las participante e interpretando esta estrategia en relación con lo que se identificó en los instrumentos de orden cualitativo se le atribuye una gran importancia a la espiritualidad y poseen una percepción positiva de su salud y de igual manera en sus expectativas hacia un futuro desde la visión de su diagnóstico, se interpreta una valoración positiva de lo que les está pasando y de lo que esperan ya que posee un apoyo espiritual en Dios o en su religión. Lo que favorece de alguna manera mantener a estas personas la idea de estar bien, mantenerse con vida y poder desenvolverse sin ninguna dificultad en su vida diaria.

Para finalizar este apartado cabe resaltar que cada una de las estrategias de afrontamiento que fueron predominantes en cada uno de los casos, se encontró que las mismas tres se comparten en común en la población participante del estudio investigativo, al momento de revisar la información obtenida en los demás instrumentos pude inferirse que estos tres aspectos conforman una base relevante que contribuye al equilibrio y estabilidad del estado de salud lo que conlleva mejorar la calidad de vida bajo el diagnóstico de la DMT2, así mismo esto aporta aspectos positivos al desenvolvimiento de estas personas en su vida diaria En beneficio de poder vivir con esta enfermedad crónica como lo es la DMT2 y de estar al tanto en sus cuidados, por ende poder desenvolverse de manera adecuada en sus labores.

Conclusiones

Por medio de los instrumentos empleados en la investigación se logró identificar las estrategias de afrontamiento que predominan en los sujetos de estudio y como estas influyen en el proceso de adherencia al tratamiento lo que por ende se refleja en su condición médica.

Se logró identificar que las estrategias de afrontamiento más predominantes en las participantes de la investigación fueron la autorregulación, la planificación y la reevaluación positiva dándose esto como un resultado común.

Por medio de los instrumentos aplicados se logró conocer aspectos relevantes sobre el estado actual de la salud de las participantes, donde se infiere que se perciben de forma favorable a pesar de las complicaciones que puedan padecer mencionadas anteriormente como afecciones visuales y alteraciones dermatológicas, de igual manera se conoce el tiempo que llevan diagnosticadas con esta enfermedad y los tipos de tratamiento según el caso.

Luego de haber identificado las estrategias de afrontamiento que predominan en cada una de las participantes se da lugar al análisis que tienen estas sobre la adherencia al tratamiento, lo cual se ve reflejado en la condición médica explicadas a continuación:

Se logró identificar que la estrategia de afrontamiento como lo es la autorregulación tiene una influencia directa sobre la condición médica, ya que este aspecto está enfocado en controlar comportamientos, sentimiento y pensamiento, que aplicándolos al contexto de una persona diagnosticada con diabetes tiene que ver con su control en la alimentación y de igual manera no percibir este diagnóstico como una amenaza mortal.

Desde los resultados se establece que la segunda estrategia de afrontamiento más utilizada fue la de planificación, esta estrategia va encaminada a solucionar el problema, evaluando la situación, lo que beneficia a la adherencia al tratamiento, ya que las participantes tenían en cuenta las consecuencias que tiene no seguir el tratamiento de manera adecuada.

Como tercera estrategia más predominante se encontró la reevaluación positiva, este aspecto se relaciona de manera directa con las otras dos categorías como lo son la adherencia al tratamiento y la condición médica, ya que gracias a esta estrategia la persona logra percibir los posibles aspectos positivos. Desde lo que se evidencio en los otros instrumentos hay una creencia arraigada en la religión, dándose esto como un apoyo que influye de manera benéfica a la percepción de su estado de salud actual y las expectativas que tienen para sí mismas a futuro.

Recomendaciones

Se recomienda pertinente investigar las estrategias de afrontamiento en personas de género masculino diagnosticados con cáncer, y de esta manera elaborar un paralelo o una comparación entre las estrategias empleadas.

Sería interesante dirigir el proyecto de investigación en especial a edades poblacionales de la Diabetes Mellitus Tipo I.

Sería interesante identificar las estrategias de afrontamiento, de los familiares o del cuidador primario del paciente diagnosticado con cáncer

Se recomienda realizar estudios investigativos sobre afrontamiento de enfermedades tales como el VIH, SIDA y Tuberculosis.

Sería interesante realizar un estudio investigativo sobre las estrategias de afrontamiento en personas diagnosticadas con DMT2 que hayan sufrido la pérdida de alguna de sus extremidades por complicaciones de esta misma condición médica.

Se recomienda implementar estrategias Psicoeducativas que promuevan los cuidados que se deben tener en cuanto a esta condición médica de las personas diagnosticadas con DMT2, lo que contribuirá positivamente a su bienestar físico y psicológico.

Referencias Bibliográficas

ADA, (2017). Diabetes, complicaciones y tratamientos. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/complicaciones-en-la-piel.html?loc=lwd-es-slabnav>

Álvarez., L, Rueda., Z, González., L, Acevedo., L. (2010). Promoción de Actitudes y Estrategias Para el Afrontamiento de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial en un Grupo de Enfermos Crónicos de la Ciudad de Bucaramanga. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242010000200013

Bados, S; García, E (2010). La Técnica de la Reestructuración cognitiva. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

Canales & Barra, (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. Revista psicología y salud. Vol. 24, Núm. 2: 167-173. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>

Cobo, J., & Martínez, D., (2017). Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedades neurológicas crónicas. (Trabajo de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Cali. Disponible en: http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/5693/1/Estrategias_Afrontamiento_Pacientes%20Cobo_2017.pdf

Del Castillo, Morales & Solano, (2012). Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine [en línea] 2013, 3 (Agosto-

Enero). Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283032589005>> ISSN 2007-0799

FID, (2015). Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes; Séptima Edición. Recuper

Figuroa, M; Cohen, S; (2010). Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes. Capítulo 3.

Hamui, A. Varela, M. (2013). La Técnica de Grupos Focales. Metodología de la Investigación en Educación Médica. Recuperado de http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num01/09_MI_HAMUI.PDF.

Hernández Sampieri, R. Fernández, C. Collado & P. Baptista Lucio (2006). Metodología de la investigación. Recuperado de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf.

Herrera., A, Andrade., Y, Hernández., O, Manrique., J, Faria., K, & Machado., M. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Universidad de Cartagena, Cartagena Colombia. Volumen 30, Número 2, p. 39-46, 2012. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. Revistas.unal.edu.co. disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36079/37474>.

IDS, Norte de Santander, (2016). Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales Departamento Norte de Santander. Recuperado de <http://salasituacionalidsnds.weebly.com/uploads/1/0/7/1/10714324/asis-departamental-2016-nortedesantander.pdf>

Lazarus y Folkman (1984); citado por Figueroa, M; Cohen, S. (S, F).Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes.

Lazarus, R; Folkman. S (1984). Escala de modos de afrontamiento. Ficha técnica. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/104964591/Escala-de-Afrontamiento-de-Lazarus>

Martínez, A; Piqueras, J e inglés, C. (S.F) Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. Universidad Miguel Hernández, Elche. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2006). Se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Colombia.

Ochoa (2017). Calidad de vida relacionada con salud, estrategias de afrontamiento y cumplimiento en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. Universidad Católica de Pereira Colombia. Vol.p. 50. Disponible en: <http://200.21.98.67:8080/jspui/handle/10785/4776>

OMS, (2017). Diabetes mellitus, definición, tipos y consecuencias. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Orozco A. & Gómez L. (2017). Análisis del contenido de una Guía de intervención psicológica y social para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo Dos. Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6203593>

Papalia, E; feldman, R; Martorell, G. (2012) *Desarrollo Humano*. Recuperado de <https://iessb.files.m/2015/wordpress.co03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>

Rondón y Lugli, (2013), Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento.

Samaniego, R. (2006). Estrategias de afrontamiento y su relación con el autocuidado en personas adultas con diabetes mellitus tipo dos. Universidad Autónoma de nuevo león. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/5586/1/1020154706.PDF>

Sexo y optimismo en el apoyo social. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 18, N.º 3, pp. 193-207, 2013. Disponible en: http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12920/pdf_20

Tomás, J; Almenara, J. (2008). Clasificación en paidopsiquiatria. Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo-Conductual. Recuperado de http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf

Troncoso, Delgado & Rubilar, (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>

Vergara y Berra (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. Psicología y Salud, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Vol. 24, Núm. 2: 167-173.

Villamizar, O. (2014). Estrategias De Afrontamiento Empleadas Por Los Pacientes De Género Masculino Diagnosticados Con Cáncer. Universidad de Pamplona.

Anexos

Apéndice A

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha:	Ciudad:
Nombre:	Apellidos:
Estado Civil:	Estrato Socioeconómico:
Nivel de Escolaridad:	Procedencia:
Nº de Hijos:	Edad:

La presente entrevista tiene como finalidad obtener información acerca de la condición médica de una persona con diabetes mellitus Tipo II teniendo en cuenta diagnóstico, aceptación y adaptación, lo que conlleva a establecer una relación entre estos procesos y su estado de salud actual.

Ítem

1. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticada?

Rta. _____

2. ¿Qué tipo de emociones y pensamientos se generaron en usted en el momento de ser informada de su diagnóstico?

Rta. _____

3. ¿Qué cambios, síntomas y dolencias físicas ha generado en usted esta condición médica?

Rta. _____

4. ¿Cómo se han visto afectadas sus conductas y emociones en este proceso?

Rta. _____

5. ¿Qué cambios han ocurrido en sus hábitos de vida desde que se le diagnosticó la DMT2?

Rta. _____

6. ¿Cómo ha sido el proceso de aceptación de esta enfermedad?

Rta. _____

7. ¿Explíquenos cuál ha sido el tratamiento implementado por el personal médico?

Rta. _____

8. ¿Se le ha dificultado adaptarse al tratamiento? ¿Por qué?

Rta. _____

9. ¿Cuál es su percepción del estado actual de su salud?

Rta. _____

10. ¿Qué expectativas tiene a futuro con respecto a su diagnóstico?

Rta. _____

Apéndice (B)

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

GRUPO FOCAL

El objetivo de este grupo focal es recopilar información relacionada acerca del proceso de adherencia al tratamiento y su contribución a la condición médica, comprendiendo como cada persona ha sobrellevado la diabetes mellitus II desde el momento de su diagnóstico, las preguntas están orientadas hacia un dialogo abierto, explicativo y de ser posible a generar debate en alguno de los aspectos que se indagan.

Ítems

1. Desde que fueron diagnosticadas con esta condición médica, de qué manera ha cambiado su estilo de vida, si es posible coméntenos comportamientos, hábitos, costumbres que se hayan tenido que eliminar desde ese momento.

Rta. _____

2. Por favor, cuéntenos como ha sido el tratamiento, o desde que experiencias propias nos pueden describir su percepción del tratamiento para la diabetes.

Rta. _____

3. Que áreas de la vida de cada una de ustedes han sido afectadas, y de qué manera, partiendo desde el conocimiento de su diagnóstico.

Rta. _____

4. Por medio de sus experiencias que tipos de situaciones le han representado dificultades para su desempeño en la vida cotidiana y que estrategias han implementado para afrontar cada una de estas.

Rta. _____

5. Hablemos sobre cómo es la rutina diaria en cada una de ustedes, el grupo de apoyo primario.

Rta. _____

6. Desde su experiencia qué recomendaciones puede dar para sobrellevar adecuadamente la diabetes mellitus II.

Rta. _____

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número _____ de _____ y en mis facultades mentales, acepto voluntariamente participar como sujeto de estudio en el trabajo investigativo desarrollado por los psicólogos en formación Guillermo Andrés Mendoza Buenaño y Héctor Yesid Velasco Rincón , titulado Estrategias De Afrontamiento Empleadas Por Pacientes De Género Femenino Diagnosticadas Con Diabetes Mellitus II, el cual se me ha socializado previamente, y por lo tanto conozco en que consiste y cómo será el procedimiento a seguir dentro del mismo.

Por medio de este documento autorizo la utilización de la información que yo suministre o proporcione para este estudio de manera confidencial, es decir que únicamente se usara con fines académicos, teniendo en cuenta que esta información no será divulgada ni compartida sin mi consentimiento, de igual manera se protegerá mi identidad y datos personales.

Doy constancia de lo anterior por medio de mi firma y número de documento de identidad.

C.C.

Ciudad y Fecha.

Apéndice (C)

ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS Y FOLKMAN

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actuó en cada uno de ellos.

0 En absoluto, 1 En alguna medida, 2 Bastante, 3 En gran medida.

	En absoluto(0)	En alguna medida(1)	Bastante(2)	En gran medida(3)
Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer				
Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.				
Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.				
Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.				
Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.				
Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.				

	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.				
	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.				
	Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.				
0	No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta.				
1	Confíé en que ocurría un milagro.				
2	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte.				
3	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.				
4	Intenté guardar para mí mis sentimientos.				
5	Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno.				
6	Dormí más de lo habitual.				
7	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.				
8	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.				
9	Me dije a mis mismas cosas que me hicieron sentirme mejor.				

0	Me sentí inspirado para hacer algo creativo.				
1	Intenté olvidarme de todo.				
2	Busqué la ayuda de un profesional.				
3	Cambié, maduré como persona.				
4	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.				
5	Me disculpé o hice algo para compensar.				
6	Desarrollé un plan de acción y lo seguí.				
7	Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería.				
8	De algún modo expresé mis sentimientos.				
9	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.				
0	Salí de la experiencia mejor de lo que entré.				
	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.				

1					
2	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.				
3	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.				
4	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.				
5	Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.				
6	Tuve fe en algo nuevo.				
7	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.				
8	Redescubrí lo que es importante en mi vida.				
9	Cambié algo para que las cosas fueran bien.				
0	Evité estar con la gente.				
1	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.				
2	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.				

3	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.				
4	No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio.				
5	Le conté a alguien cómo me sentía.				
6	Me mantuve firme y peleé por lo que quería.				
7	Me desquité con los demás.				
8	Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar.				
9	Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.				
0	Me negué a creer lo que había ocurrido.				
1	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.				
2	Me propuse un par de soluciones distintas al problema.				
3	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.				
	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas.				

4					
5	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.				
6	Cambié algo en mí.				
7	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.				
8	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.				
9	Fantasee e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.				
0	Recé.				
1	Me preparé mentalmente para lo peor.				
2	Repasé mentalmente lo que haría o diría.				
3	Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.				
4	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.				
5	Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.				

6	Corrí o hice ejercicio.				
7	Intenté algo distinto de todo lo anterior				