



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE  
LA EDUCACIÓN**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES  
CON DIABETES TIPO UNO EN LA CASA DE LA  
DIABETES CUENCA 2017”.**

**Trabajo previo a la obtención del título de psicólogo clínico**

**AUTORES:**

**OMAR ANDRES TENEMAZA PIZARRO**

**ROSA ELENA ZHUÑI ROMERO**

**DIRECTOR:**

**MST. MARIO MOYANO MOYANO**

**CUENCA – ECUADOR**

**2017**

## DEDICATORIA

En un gesto sencillo dedico la presente tesis a mis padres quienes han sido el pilar más importante y fundamental en mi vida y trayectoria universitaria, a mi hermana y hermanos quienes me han ayudado con su paciencia y cariño en las adversidades. Y por consiguiente a mi primo Nelson, por sus consejos, cariño y apoyo incondicional en mi vida.

Rosa Elena Zhuñi R.

Esta presente investigación dedico especialmente a mis padres, que gracias a sus esfuerzos he logrado culminar mis estudios, a mi padre Hernán, que gracias a sus ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. A mi madre María Isabel, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Y por último no menos importante, a mi hermana Estefanía, quien siempre ha estado presente aportando buenas cosas a mi vida, por los grandes dotes de felicidad que hemos pasado juntos.

Omar Andrés Tenemaza P.

## AGRADECIMIENTOS

En este presente trabajo queremos agradecer principalmente a Dios, quien ha forjado nuestro camino y nos ha dirigido por el sendero correcto, a nuestros padres quienes nos han brindado su apoyo tanto moral y económico para emprender nuestros estudios y así lograr el objetivo trazado para un futuro fructífero.

A nuestros familiares y amigos, quienes de manera especial compartieron sus alegrías y tristezas, por su apoyo incondicional para que esta meta sea cumplida.

A la Fundación “Casa de la Diabetes” especialmente a la Psicóloga Fernanda Sánchez, quien nos brindó la apertura para realizar la presente investigación, facilitándonos las herramientas para ejercer en la misma.

Agradecemos de igual manera a nuestro tutor Mst. Mario Moyano, por ser un excelente maestro y amigo, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y su conocimiento científico, así como también por demostrarnos su paciencia y perseverancia para guiarnos durante todo el desarrollo de la tesis. Y finalmente queremos agradecer a nuestro tribunal integrado por Dr. Juan Aguilera y Mst. Gabriela Guillén por encaminar nuestra tesis y las aportaciones brindadas.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo prospectivo, transversal y epidemiológico, cuyo objetivo principal es el determinar las estrategias de afrontamiento en los pacientes con diabetes tipo uno. La muestra está conformada por 30 pacientes con edades desde los 12 hasta los 35 años de edad atendidos regularmente en la fundación "La Casa de la Diabetes".

Para los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS, el cual nos permite analizar la validez y confiabilidad del test aplicado (Inventario de estrategias de afrontamiento CSI). Posteriormente al hacer un análisis correlativo de las variables de la ficha sociodemográfica y las estrategias de afrontamiento, se pudo evidenciar que existe un 90% de las personas que han optado como preferencia la Retirada Social (RES), la de menos preferencia ha sido la Resolución de Problemas (REP).

**Palabras claves:** Diabetes Mellitus Tipo uno, Estrategias de Afrontamiento, Retirada Social.

## ABSTRACT

This a prospective, transversal, and epidemiological type research work, whose main objective was to determine coping strategies in patients with Diabetes Mellitus Type One. The studied sample consisted of 30 patients between 12 to 35 years of age, who have been regularly treated at "*Casa de la Diabetes*" foundation. The SPSS statistical program was used in order to obtain results. This program allowed analyzing the validity and reliability of the applied test (CSI, Coping Strategies Inventory). After making a correlative analysis of the variables of the socio-demographic record and of coping strategies, it became evident that 90% of patients have opted for Social Withdrawal (SW), and Problem Solving (PS) has been the least preferred.

**Keywords:** Diabetes Mellitus Type One, Coping Strategies, Social Withdrawal.



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lourdes Crespo".

Translated by  
Lic. Lourdes Crespo

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTOS .....	II
RESUMEN.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	IV

<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO UNO EN LA CASA DE LA DIABETES CUENCA 2017 .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>¿QUÉ ES LA DIABETES?.....</b>	<b>2</b>
<b>TIPOS DE DIABETES .....</b>	<b>4</b>
<b>MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DIABETES.....</b>	<b>8</b>
<b>AFRONTAMIENTO .....</b>	<b>10</b>
<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO .....</b>	<b>12</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>19</b>
<b>CALIFICACIÓN.....</b>	<b>22</b>
<b>PROCEDIMIENTO.....</b>	<b>23</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>Tabla 1 Estadística relacionado a la edad .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 2 Números de paciente por edad.....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 3 Número de pacientes por estado civil .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 4 Número de pacientes por ocupación.....</b>	<b>26</b>
<b>Tabla 5 Número de pacientes por sexo .....</b>	<b>26</b>
<b>Tabla 6 Número de pacientes por edad de DX.....</b>	<b>27</b>
<b>INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CSI .....</b>	<b>27</b>
<b>VALIDEZ DEL INSTRUMENTO .....</b>	<b>27</b>
<b>Tabla 7 Estrategia utilizada .....</b>	<b>28</b>
<b>Parte Cualitativa .....</b>	<b>28</b>
<b>TIPOS DE ESTRESORES .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabla 8 Categorías por tipo de estresor .....</b>	<b>29</b>
<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 9 Estrategias utilizadas según la edad .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 10 Estrategias utilizadas según la edad de inicio del DX:.....</b>	<b>31</b>

<b>Tabla 11 Estrategias utilizadas según el estado civil.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabla 12 Estrategias utilizadas según el sexo .....</b>	<b>33</b>
<b>Tabla 13 Estrategias utilizadas según la ocupación .....</b>	<b>34</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>39</b>
<b>Anexo 1. Ficha socio demográfica.....</b>	<b>39</b>
<b>Anexo 2. Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) .....</b>	<b>40</b>
<b>Anexo 3 Consentimiento informando .....</b>	<b>42</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>43</b>

## **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO UNO EN LA CASA DE LA DIABETES CUENCA 2017**

### **INTRODUCCIÓN**

La Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) o conocida como infantojuvenil es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la niñez y de la adolescencia. Esta enfermedad requiere un tratamiento de por vida, en la cual se manifiestan conductas denominadas la tríada diabética: ejercicio, control de dieta e insulino terapia. “De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), la no adherencia a los tratamientos debe ser considerada un problema de salud pública” (Ortiz, 2008, pág. 72).

Durante la adolescencia es frecuente exista un descenso glicémico debido a la insulino resistencia fisiológica de esta etapa y a factores psicológicos que disminuyen la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la pubertad es el momento en donde el control metabólico es más imprescindible, ya que precisamente en esta etapa aparecen gran parte de las complicaciones crónicas de la enfermedad. Si se toma en cuenta que el diagnóstico de una enfermedad crónica (como la DM1), supone una situación de crisis, que en mayor o en menor medida produce un impacto en la vida del paciente y un abrupto cambio en su estilo de vida, no resulta extraño hipotetizar que esta enfermedad puede generar un fuerte estrés a quien la padezca, tomando en cuenta que la DM1 es una enfermedad crónica, donde es importante el compromiso por parte del paciente en el transcurso y tratamiento de la enfermedad, el desarrollo de la diabetes es compleja generando niveles de estrés adversos para el control metabólico, en general las conductas de salud tienden a ser inestables y que al parecer estas cambiarían en función del tiempo y evolución del cuadro (Ortiz, 2008).

En la población que presenta diabetes mellitus tipo uno, los índices de estrés tienden a estar elevados desde el principio de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, si bien se reconoce que pacientes con un control metabólico bajo se muestran ansiosos o deprimidos, hasta la fecha no se puede afirmar si estos síntomas llevan al descontrol o si el descontrol los provoca, probablemente se den ambos mecanismos (Sirnonds, 1987). Así es como la variable estrés, depresión, ansiedad, etc. será estudiada mediante la

valoración del inventario de estrategias de afrontamiento en cada participante, con los cuales se espera obtener la mayor prevalencia en relación con los factores sociodemográficos, el afrontamiento centrado en la emoción se asocia con resultados negativos de salud, incluyendo el no cumplimiento del régimen. Esta investigación se realizó en la ciudad de Cuenca, en la fundación “La Casa de la Diabetes” donde se encuentra una población de 60 personas tomando como muestra 30 con los cuales se realizará dicha investigación. Como finalidad es lograr los resultados precisos con los cuales quede abierta la investigación para futuras indagaciones (Sánchez , 2002).

La diabetes se está convirtiendo precipitadamente en la epidemia del siglo XXI como un reto de salud global. La Organización Mundial de la Salud señala que a nivel mundial desde 1995 a la fecha, casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes. Se calcula que afecta aproximadamente 171 millones de personas con esta enfermedad, y se prevé que para el 2030 alcance a 370 millones (Gil, 2013).

En las consultas subsecuentes de pacientes con diabetes es fácil observar las dificultades que cotidianamente se presentan en el proceso de la atención médica; el rechazo a la enfermedad, la dificultad para incorporar una dieta, el incumplimiento en las citas (consultas, laboratorio, grupos de autoayuda) y la adherencia terapéutica, entre otros, son retos a los que tienen que enfrentar los pacientes. La asistencia médica exige centrar la atención en su persona y en su entorno. Deben analizarse las motivaciones, las necesidades personales, los factores psicológicos, el ambiente familiar y las condiciones socio laborales. Tanto organismos internacionales como nacionales (Secretaría de Salud), han insistido en la importancia de promover estilos de vida más saludables tales como actividad física, dieta equilibrada y mejorar la calidad de vida de los pacientes, en particular aquellos que han sufrido complicaciones (Castro, 2016).

## **¿QUÉ ES LA DIABETES?**

La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas

décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad (Salud, 2016, pág. S/P).

La diabetes mellitus está dentro del grupo de las enfermedades metabólicas que se caracteriza por la hiperglucemia que es el resultado de defectos en la secreción o acción de la insulina. La hiperglucemia crónica causa complicaciones a largo plazo como disfunción y falla de varios órganos, de manera especial los ojos, riñones, nervios, vasos sanguíneos, corazón y en ocasiones más complejas el pie diabético (Hayes, 2008).

En 1889 Joseph Von Mering y Oscar Minkowsky extirpan totalmente el páncreas de un mono y observan como el animal se va hinchando manifestando sed y frecuente emisión de orina, investigada esta orina se dan cuenta que contiene azúcar, por lo que llegan a la conclusión de que la extirpación del páncreas produce una diabetes de curso grave que termina con el fallecimiento en pocas semanas (Garza, s.f.).

La American Diabetes Association (ADA), en su informe emitido en 1997 definió a la diabetes mellitus (DM) como un síndrome clínico, dentro del cual se engloban diferentes entidades nosológicas [defecto de secreción de insulina]. Este nuevo concepto de enfermedad diabética fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud en 1998 (Nocito, 2008).

Las personas con diabetes no producen suficiente insulina para metabolizar la glucosa, o la insulina que producen no trabaja eficientemente, por lo que la glucosa no se puede alojar en las células para ser transformadas en energía y se acumulan en la sangre a niveles elevados (Diabetes.org, 2005).

Por lo tanto, la diabetes se ha venido desarrollando a lo largo de la historia emitiéndose en la actualidad como un desorden metabólico por la presencia de niveles superiores de lo normal de glucosa en la sangre, a causa ya sea de una deficiencia o ausencia de una hormona segregada por el páncreas llamada insulina.

## **TIPOS DE DIABETES**

En la actualidad la diabetes Tipo 1 conocida también como diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) o infanto-juvenil, en la que no se produce suficiente insulina. Se precisa insulina exógena para el control de la glucemia. La Diabetes tipo 2, conocida también como diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) o diabetes de inicio en la madurez, existiendo resistencia a la insulina con defectos variables en la destrucción de islotes B pancreáticos, asociándose a edades más avanzadas, frecuentemente a partir de los 40 años, pero también se diagnostica en niños y adolescentes con obesidad que, junto con la diabetes gestacional y los antecedentes familiares de diabetes, se asocian en la diabetes tipo 2 (Bádenas, s.f.).

El diagnóstico del tipo de diabetes a una persona, con frecuencia depende de las circunstancias que se encuentran presentes en el momento del diagnóstico y en algunos casos no pueden ser ubicados fácilmente en una clase. La Asociación Americana de Diabetes, considera que esta enfermedad podría estar presente sin haber alcanzado el suficiente grado de desarrollo para causar hiperglucemia. Cualquiera de los tipos de diabetes puede producir descompensaciones metabólicas y, con el tiempo generar complicaciones crónicas como neuropatía, retinopatía, nefropatía y enfermedad vascular periférica. Así mismo, las personas afectadas por este problema de salud tienen 2 a 3 veces más riesgo de sufrir un infarto al miocardio y/o un accidente vascular encefálico (Letelier, Núñez, & Rey, 2011).

### **Factores de Riesgo en diabetes**

Los factores de riesgo son aspectos concretos del estilo de vida, ya sea un comportamiento individual, una situación ambiental o una característica personal que se vincula a condiciones referentes a la salud, por lo que se considera importante prevenirlo o manejarlo.

Los factores de riesgo situacionales incluyen aquellas características del entorno (externas al individuo) o de la situación que afectan al curso de la enfermedad. Entre los principales factores de riesgo situacionales en la evolución de enfermedades crónicas de la infancia, la presencia de sucesos vitales causantes de estrés (físico o emocional), desventajas socioeconómicas, desamparo o discriminación y desempleo a nivel familiar (Association, American Diabetes, 2012).

Los factores personales incluyen aquellas variables individuales del paciente que influyen en el proceso de adaptación. Entre los riesgos potenciales para una adecuada evolución de los pacientes con enfermedades crónicas pediátricas, estarían la presencia de enfermedades físicas adicionales, dificultades de aprendizaje, retrasos específicos en el desarrollo, baja inteligencia, temperamentos difíciles, problemas de lenguaje-comunicación, fracaso escolar reiterado, baja autoestima (Pérez, Gómez, & Montoya, 2015).

La obesidad es un factor de riesgo conocido en diabetes 2, pero recientemente ha sido demostrado en un trabajo epidemiológico realizado en Finlandia que también los niños que desarrollaron diabetes tipo 1, en especial eran varones (...). Esta asociación se podría explicar por un exceso de insulina (hiperinsulinismo) secretado por células beta hiperfuncionantes, las cuales serían más susceptibles a los efectos citotóxicos de las citoquinas, de tal manera que en algún momento esta secreción insulínica aumentada no puede ser satisfecha por las células beta estresadas y se manifiesta la enfermedad (Garcia, 2001 ).

En un estudio realizado con 97 pacientes diabéticos pertenecientes al área de salud del "Policlínico Federico Capdevila" en el período de diciembre de 1996 a diciembre de 1997. La edad de debut más frecuente fue entre 45 y 59 años (43,3 %) y la duración clínica mayor de 15 años (38,2 %). Entre la Diabetes tipo 1 y 2 predominó la de tipo 2 con obesidad (5,7 %) y en el sexo femenino (68,8 %). Entre las enfermedades asociadas más frecuentes se encontró la hipertensión arterial (54,6 %), las enfermedades cardiovasculares (22,7 %) y los accidentes vasculares encefálicos (4,1 %). El 26,8 %

presentó retinopatía y el 2,1 % insuficiencia renal crónica. Sólo 2 pacientes presentaron ceguera relacionada con su mal control metabólico, y no se encontró ningún amputado (González, Crespo, & Crespo., 2000).

La edad, en la última década se ha observado un aumento de nuevos casos de Diabetes mellitus tipo uno (DMT1) en niños menores de 5 años. En Cataluña se realizó un estudio durante los años de 1989-2002, observado una incidencia media [sic] de 6.28 casos por 100.000 habitantes y años, aumentando el número de casos de DMTI en menores de 5 años en ambos sexos (Borrás., 2006). La DMT1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y cuyo pico de aparición es en la adolescencia. El control de la glucemia en la adolescencia es complejo, debido sobretodo [sic] a los cambios psicológicos y psicosociales típicos de esta etapa: la resistencia a la insulina está relacionada con el impacto de las hormonas de la pubertad, los cambios de peso, pero también a la demanda de independencia en referencia a los padres (Vidal, 2012). Otro estudio retrospectivo que se realizó en la consulta de endocrinología provincial del Hospital Pediátrico Provincial Docente Paquito González Cueto de Cienfuegos en Cuba , fueron analizados los 99 pacientes atendidos en dicha consulta con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en el periodo comprendido entre el 1ro de enero de 1997 al 30 de octubre de 2015, menores de 18 años en el momento del inicio, el porcentaje de pacientes del sexo masculino y femenino fue bastante similar con un leve predominio del masculino (53,5 %). El grupo 5-9 años presentó el mayor número de pacientes (35 casos) pero sin diferencias significativas con el de 10-14 años (34 casos) (Ramos, Acosta , Ríos , Quintana, & Marrero , 2016).

Con respecto al sexo, en los mayores de 15 años se observa una incidencia más alta en los hombres que en las mujeres, en un estudio transversal descriptivo realizado en Navarra el cual la información se recoge de manera prospectiva, se incluyeron todos los casos diagnosticados de diabetes tipo 1 en Navarra desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2011, la población media anual de Navarra en el periodo 2009-2011 era de 636.518 habitantes , dando como resultado 100 hombres mayores de 15 años con diabetes, es decir un 59,9% y 67 mujeres mayores de 15 años con el 40,1% (Sanitaria, 2013).

Los factores interpersonales refieren a características significativas de las relaciones del sujeto con su familia y entorno social más cercano, que influyen en el ajuste a la enfermedad. Entre los factores generales de riesgo presentes en las familias con pacientes con una enfermedad crónica pediátrica, estarían la presencia adicional de enfermedades físicas o psiquiátricas en la familia, la existencia de abusos físicos, sexuales y/o emocionales, la criminalidad o adicción a sustancias por parte de los progenitores, la muerte y pérdida de seres queridos. Por lo tanto un adecuado sistema de apoyo social parece contarse entre los principales factores que modulan en estos pacientes, la presencia de mayor calidad de vida, mayor bienestar emocional (que incluye menor ansiedad y depresión), mayor autocuidado, mayor adherencia al tratamiento y control metabólico (Pérez, Gómez, & Montoya, 2015).

Los antecedentes familiares se clasifican como otro factor de riesgo para la Diabetes mellitus tipo uno (DMT1), exposición a toxinas y las infecciones virales por Coxsackie B y por el virus de la rubéola (Ibarra, y otros, 2000). Dado el avance de la ingeniería genética y que, a diferencia de la diabetes tipo II, la diabetes tipo I tiene marcadores genéticos bien identificados y relacionados con el brazo corto del cromosoma 6, las actuales investigaciones han confirmado con certeza que esta enfermedad se transmite con los mismos marcadores genéticos (HLA-DR3 y DR4, HLA - DRB1, DQA1 Y DQB1) en cualquier población o etnia (...). Ya que el factor genético sólo explica el 50% de la causa de esta enfermedad puesto que en gemelos monocigotos [*sic*] [monocigotos] en los que uno de ellos tiene diabetes tipo I, solamente la mitad de sus parejas son afectados y por tanto no es una enfermedad hereditaria, es importante considerar que el otro factor a tomar en cuenta es el de las condiciones ambientales y de vida de las poblaciones afectadas, que explican el otro 50% de la etiología (Segundo, 1996).

Existen ciertos factores que no se pueden modificar, como la predisposición genética o historia familiar, o bien la edad; sin embargo, un cambio en el estilo de vida hacia hábitos más saludables permite retrasar su aparición o incluso prevenirla. Por todo ello, se considera imprescindible identificar los principales factores que influyen en la adaptación a esta enfermedad crónica, entendiendo por adaptación el grado en que una

persona responde fisiológica, psicológica y socialmente al estrés que supone el hecho de convivir con este tipo de enfermedad.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DIABETES**

La diabetes es tan antigua casi como el hombre, lo que sí sabemos es que la humanidad empezó muy pronto a darse cuenta de la existencia de una enfermedad que consistía en beber mucha agua, orinar mucho, tener hambre, perder peso y morir pronto si se era joven o no tan pronto, pero vivir mal, si empezaba después de los 40 años. Estos síntomas figuran en los libros sagrados de la India, los Vedas, que comenzaron a escribirse hacia unos 1500 años antes de nuestra era (Serrato, 2013).

La diabetes tipo 1 puede aparecer de manera gradual o repentina, una persona puede tener diabetes y no darse cuenta porque los síntomas no siempre son obvios y pueden tardar mucho tiempo en manifestarse. Los médicos pueden determinar con certeza si una persona tiene diabetes mellitus a través de exámenes de glucosa en muestras de sangre. Si se sospecha o confirma el diagnóstico, la persona tendrá que ser valorada por un endocrinólogo, un médico especialista en enfermedades metabólicas. Él hará un examen exhaustivo del paciente y será el encargado de llevar un seguimiento, instruir en dieta, cuidados y pondrá un tratamiento (Cordero & Andrade, s.f.).

A menudo no se diagnostica la diabetes porque muchos de sus síntomas parecen inofensivos. Estudios recientes indican que la detección temprana y el tratamiento de los síntomas de la diabetes pueden disminuir la posibilidad de tener complicaciones de diabetes (American Diabetes Association, 2015).

La diabetes tipo 1 suele desarrollarse repentinamente y puede producir síntomas tales como: (Asociación Diabetes Madrid , s.f.).

- Sed anormal y sequedad de boca (polidipsia).
- Micción frecuente (poliuria).
- Falta de energía, cansancio extremo.

- Hambre constante (polifagia).
- Pérdida repentina de peso.
- Heridas de cicatrización lenta.
- Infecciones recurrentes.
- Visión borrosa.

La diabetes puede afectar a distintos órganos del cuerpo como: a los ojos, con disminución progresiva de visión que en ocasiones desemboca en ceguera; los riñones con disfunción función renal que puede terminar en diálisis, al sistema nervioso periférico con alteración de la sensibilidades de los miembros inferiores, lo que en ocasiones repercute en úlceras y amputaciones, al sistema nervioso autónomico con alteraciones digestivas, urinarias y de la esfera sexual (impotencia) y a las arterias de las extremidades inferiores con riesgo de amputaciones (López, 2003).

En un estudio realizado en Galicia, mediante la recogida de datos y un cuestionario que incluía la edad, sexo, procedencia, antecedentes [*sic*] de enfermedad autoinmune asociada y antecedentes [*sic*] familiares, síntomas previos al inicio y su duración (...). Se diagnosticaron 109 niños, 48 niñas y 61 niños, con una incidencia de 17,6/100.000/año. Entre los síntomas presentes al diagnóstico el 95,8 % tuvo poliuria y polidipsia como síntomas principales, así como nicturia o enuresis y pérdida de peso (Dans, Barreiro, Pombo, & Galicia, 2005).

En otro estudio realizado en Chile, se clasificó a los pacientes de acuerdo a la edad en 3 grupos: grupo I: 0-4 años; grupo II: 5-9 años y grupo III: 10-14 años. En estos grupos se consideró la información proveniente de 137 pacientes. Los pacientes del grupo I presentaron un período significativamente más corto de síntomas previos a su hospitalización; 60 días respecto a los grupos II y III. Los síntomas referidos con mayor frecuencia por los padres fueron irritabilidad (especialmente en los lactantes), decaimiento, poliuria, fiebre y en los preescolares y escolares, polidipsia, enuresis y baja de peso con polifagia. En el grupo de niños menores de 5 años, se observó el porcentaje

más alto de infecciones concomitantes, en su mayoría respiratorias y vulvovaginitis (Eyzaguirre et al ., 2006).

Estas manifestaciones clínicas son las que nos permite el diagnóstico de diabetes, las personas con este tipo de enfermedad, pueden presentar los síntomas mencionados con anterioridad, o incluso algunas personas pueden no presentar síntomas antes de que se les diagnostique. Consiguientemente es importante mantener una educación en relación a la diabetes para una mayor prevención o manejo de la situación.

## **AFRONTAMIENTO**

El afrontamiento es definido por Everly (1989), "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales". Así mismo, Endler y Parker (1990) plantearon que existen preferencias en el uso de determinadas estrategias, independientemente del estresor y a través del análisis factorial de las estrategias de afrontamiento, medidas por su "Inventario Multidimensional de Afrontamiento" identificaron tres dimensiones básicas: el "afrontamiento orientado a la tarea", el "afrontamiento orientado a la emoción" y el "afrontamiento orientado a la evitación". Posteriormente en un estudio realizado por Roger, Jarvis y Najarian (1993) al modelo anterior le añadieron una cuarta dimensión, denominada "separación o independencia afectiva respecto al estresor" (Martín , Jiménez, & Fernanadez , 1997, pág. S/P).

El afrontamiento sería entonces, un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso, en un estudio realizado de 150 varones y mujeres escolarizados de 13 a 18 años, se analizaron las estrategias de afrontamiento más utilizados. Se observó que los adolescentes de 13 a 18 años de nivel socioeconómico bajo presentaron las

siguientes estrategias de afrontamiento como las más representativas del grupo: 1) preocuparse, 2) buscar diversiones relajantes, 3) fijarse en lo positivo, 4) buscar pertenencia, 5) distracción física (Figueroa , Contini, Lacunza, Lévin, & Suedan , 2005).

El afrontamiento no es, sino que ante una situación que se percibe como estresante, se manifiesta una respuesta multidimensional y dinámica, que resulta de la interacción entre cada persona y su medio. En esta interacción cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de sus diferentes factores psíquicos, repercutiendo así en una adaptación funcional o disfuncional, en lo que a lo posterior llevará al acto.

### **Tipos de afrontamiento**

“Los estudios que han venido realizándose sobre afrontamiento han llevado a conceptualizar tipos y dimensiones de la personalidad que han pasado a denominarse estilos y estrategias” (Solís & Vidal , 2006, pág. 35).

### **Estilos de Afrontamiento**

El estilo de afrontamiento es la utilización de nuestros recursos personales para enfrentar las distintas situaciones estresantes, por ello es fácil presumir que existen ciertos factores disposicionales para que una persona haga frente de una manera determinada a dichos eventos (Guevara, Hernández, & Flores, 2001).

Por otro lado, los estilos de afrontamiento son definidos por Lazarus y Folkman (1989,164) como “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” (Romero & Palacio, 2009, pág. 200).

Se realizó un estudio descriptivo en el cual los estilos de afrontamiento fueron evaluados a través del "Cuestionario de Estrés y Afrontamiento" el cual está integrado por 33 reactivos que describen situaciones de tensión, en las áreas escolar, familiar y social. La muestra a la cual fue aplicada el cuestionario estuvo conformada por 251 niños y niñas de 10 a 13 años de edad, que se encontraban en quinto y sexto año de primaria. Para cada uno de las situaciones se les pidió que determinaran: el grado de estrés, descripción de una acción, pensamiento y/o emoción que utilizan para eliminar o abordar la situación estresante y la percepción de efectividad de la acción descrita. Las categorías de respuesta se organizaron en tres estilos de afrontamiento: Afrontamiento de control directo, Afrontamiento de control indirecto y Afrontamiento de abandono de control. Los resultados mostraron que el Abandono de Control es el estilo de afrontamiento utilizado con mayor frecuencia por los niños de este estudio y que el contexto social, escolar y familiar son factores determinantes de estrés (Hernández & Gutiérrez, 2012).

## **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

“Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce” (Vázquez, Crespo, & Ring, s.f., pág. 427). Según Holroyd y Lazarus y Vogel las estrategias de afrontamiento antes que las naturalezas de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés. Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Martín, Jiménez, & Fernandez, 1997).

Ante la aparición de un suceso determinado, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo, existe una valoración primaria, consistente en analizar si el hecho es positivo o no, y, además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del

mismo. En una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés (Vázquez, Crespo, & Ring, s.f.).

Un estudio realizado en la Capital Federal y Conurbano Bonaerense fue evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes que padecen enfermedades crónicas, tales como Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, e Hipo-Hipertiroideas y Dislipemia (...), de distintas obras sociales, mediante el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Los resultados mostraron una relación entre estrategias de afrontamiento al estrés “positivas” (...), lo cual indica que aquellos que implementan estrategias cognitivas para eliminar o modificar el estrés, tienen el apoyo de sus seres queridos y pueden expresar sus emociones, experimentan mayor gratitud, tienen más esperanza y valoran más la vida, en contraste con quienes están más desesperanzados o valoran menos su vida (en cuyo caso) implementan estrategias más negativas, tales como negar o evitar pensamientos estresantes, negar la realidad o alejarse de sus amigos y afectos más cercanos, y son más autocríticos o autoexigentes. (...), también se encontró que aquellas personas con capacidad para resolver problemas racionalmente, expresar sus emociones y mantener vínculos con otros tendían a mostrarse más agradecidas con la vida y esperanzadas, en otras palabras, las estrategias de afrontamiento positivas más comunes eran la solución racional de los problemas y la búsqueda de apoyo social. Aunque no se encontró ninguna diferencia en las estrategias de afrontamiento entre las cuatro patologías crónicas de los pacientes, con diabetes, hipertensión arterial, dislipemia e hipertiroidismo-hipotiroidismo, se observó que los pacientes con diabetes y dislipemia mostraron no sólo estrategias más positivas, sino también mayor esperanza frente a la vida. En cambio, los pacientes con hipertensión arterial mostraron estrategias más negativas, por ejemplo, retirada de amigos y familiares, distorsión de la realidad, auto culpa, y baja tolerancia al estrés (Rodríguez, 2012).

Otro estudio realizado con una muestra conformada por 571 pacientes (237 con Hipertensión Arterial, 219 con Insuficiencia Renal y 115 con Arritmias Cardíacas) que asistían a diversos centros de salud, correspondientes al Municipio Maracaibo y Municipio Cabimas en el Estado Zulia, arrojaron resultados correspondientes a la escala de estrategias de afrontamiento (CSI) (ver anexo 2), evidencian una alta consistencia interna para los dominios Apoyo Confidencial, Autocrítica, Aislamiento y Descontrol

Emocional, y Reestructuración Cognitiva y la escala total; y coeficientes moderados para el resto de las dimensiones (Petit, 2012).

Es preciso, por tanto, diferenciar entre, estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. "Los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Martín, Jiménez, & Fernández, 1997, pág. S/P).

Inicialmente, Lazarus contempla cuatro modos básicos de afrontamiento (1) estrategias instrumentales o dirigidas a la acción, para manejar el estímulo amenazador-estresor; (2) las estrategias intrapsíquicas, para regular o minimizar la ansiedad emocional; (3) la inhibición de la acción, entendida como la resistencia a la toma de decisiones cuando éstas pueden ser contraproducentes y (4) la búsqueda de información (Otero , 2015, pág. 397).

Posteriormente, Lazarus y Folkman enumeran ocho modos de afrontamiento: (Otero , 2015).

- 1) Confrontación: acciones directas dirigidas a la acción.
- 2) Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación (olvidar, comportarse como si nada hubiera ocurrido, etc.).
- 3) Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones (guardar los problemas para uno mismo, etc.).
- 4) Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión de otras personas (exponer el problema a un amigo, familiar, etc.)
- 5) Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad personal sobre el problema (disculparse, criticarse uno mismo, etc.).

- 6) Huida-Evitación: esfuerzos para escapar o evitar de uno u otro modo, la situación problemática (beber, fumar, usar drogas, etc.).
- 7) Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implica una aproximación analítica a ésta (establecer un plan de acción y seguirlo, etc.).
- 8) Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal (“la experiencia enseña”, “hay gente buena”, etc.).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser afectadas por otras variables tales como la edad, el sexo, la religión, el locus de control y el optimismo. En relación con esta última variable se afirma que las personas pesimistas tienden en mayor medida a emplear estrategias de afrontamiento de evitación al problema si se compara con las personas optimistas que usan en su mayoría estrategias de afrontamiento de aproximación al problema (Rondón & Lugli, 2013).

Un nuevo estudio realizado para ver las diferencias entre sexos, (...) se han encontrado varias diferencias significativas. En cuanto a sexos nos encontramos con diferencias entre hombres y mujeres en tres estrategias de afrontamiento, en la de *control emocional* donde los hombres presentan una media más elevada que las mujeres, es una estrategia donde se movilizan recursos enfocados a regular y controlar los propios sentimientos. En cambio la media es más alta en las mujeres en la de *apoyo social al problema*, donde se refleja la tendencia a realizar acciones encaminadas a buscar en los demás información y consejos sobre cómo resolver el problema, y en la de *expresión emocional* que se caracteriza por canalizar el afrontamiento hacia las manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional causada por el problema (Martín, Jiménez, & Fernanadez, 1997).

De la manera similar en el que se trabajó en una investigación con una muestra diferente de 1228 adolescentes pertenecientes a 7 colegios de Montevideo, con edades comprendidas entre 12 y 19 años, en donde los resultados mostraron que los más jóvenes usan menos la estrategia buscar apoyo social (As), que los

adolescentes medios y tardíos. Se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 12-13 y 14-16 y entre los grupos 12-13 y 17-19 años. El uso de resolver el problema (Rp), aumenta con la edad. Se han encontrado diferencias significativas entre todas las combinaciones de grupos de edad, siempre a favor del grupo de edad superior. Los adolescentes más jóvenes usan menos la estrategia preocuparse (Pr). Se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 12-13 y 14- 16 años y entre los grupos 12-13 y 17-19 años. Los adolescentes más jóvenes usan menos la estrategia de invertir en amigos íntimos. Se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 12-13 y 14-16 y entre los grupos 12-13 y 17-19 años (García , López , & Moreno , 2008, pág. 16).

En relación a las personas que padezcan de una enfermedad crónica tendrán que afrontar una enfermedad que es duradera y progresiva y que además va a repercutir en su vida diaria como en el trabajo, relaciones personales, nuevo hábito alimenticio, a estar bajo supervisión de controles médicos y plan terapéutico, en definitiva, una repercusión en la calidad de vida (Barrera , 2013).

Resultados de estudios demuestran que, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se asocia con una mejor adaptación y control sobre la enfermedad crónica y además de un bienestar psicosocial mejor percibido por el enfermo crónico, brindando así una mejor calidad de vida; mientras que aquellas estrategias centradas en la emoción en pacientes con cáncer se asocia con una percepción de fatalismo, catarsis, desadaptación a la enfermedad y un mayor deterioro psicosocial; pacientes con enfermedad pulmonar crónica con un estilo de afrontamiento por evitación se enlaza con una calidad de vida pobre; en enfermos crónicos de fibromialgia y de artritis reumatoides se asocia con un mayor grado de desadaptación y con una sintomatología depresiva que empeora la calidad de vida de los sujetos, con una adaptación negativa al dolor; en enfermos diabéticos de tipo I cuando utilizan estilos de afrontamiento centrado en la emoción parecen estar más estresados y además cuando no se aproximan a una menor adherencia al tratamiento se traduce en un peor control del plan terapéutico (Barrera , 2013).

Cuando se le diagnostica a una persona diabetes, dicha noticia suele representar una fuente de estrés, debido al hecho de padecer una enfermedad metabólica, crónica, e incapacitante, además de los cambios de hábitos (...). Por tal motivo, el miedo y la incertidumbre son estados que caracterizan a este proceso de diagnóstico, llevando los mismos en muchas ocasiones a depresión y aislamiento social, debido a que la persona debe evitar ciertas conductas que generalmente el contacto social incentiva (Rondón & Lugli, 2013, pág. 194).

En un estudio con una muestra de 50 personas con diabetes Mellitus tipo 2. Se aplicó el Inventario de estrategias de Afrontamiento (IEA) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptado por Cano, Rodríguez y García. El promedio de edad fue de 49 años; el 22% del sexo masculino y 78% del sexo femenino. El tiempo promedio de diagnóstico de DMT2 fue de 7 años. Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes, el 48% presentaron estrategias de afrontamiento adecuadas (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional), mientras que el 52% utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social). Estas estrategias inadecuadas impiden que los adultos con DMT2 afronten su enfermedad y efectúen acciones de control (Almeida & Rivas , 2008).

La diabetes puede afectar a las emociones, ya que el paciente sufre un severo impacto al darse cuenta de perspectivas sombrías ante esta enfermedad incurable, dando consecuencias negativas para su calidad y esperanza de vida. Un mal control de los niveles de azúcar puede aquejar directamente el estado anímico y generar cambios en el comportamiento, como irritabilidad, enojo, tristeza. La diabetes también puede hacer sentir diferente a otras personas, con una impresión de resentimiento por siempre tener que adaptar todo lo que hace en función de la diabetes.

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de tener depresión y angustia relacionada con la enfermedad, lo cual puede ser el motivo por el que muchos

especialistas en diabetes, a menudo, incluyen a un asistente social o a un psicólogo como parte de su equipo de atención de la diabetes (Mayo Clinic Staff, 2014).

Muchas investigaciones señalan que la depresión y la ansiedad son los diagnósticos más comunes entre personas con diabetes. De igual forma, también se han diagnosticado clínicamente con trastornos alimentarios. Esto influye significativamente en un pobre control glucémico, no cumplir con el tratamiento médico, complicaciones en la salud, hospitalizaciones, riesgo en condiciones del corazón y otras repercusiones. La calidad de vida de una persona que ha sido diagnosticada con diabetes tipo I o II se puede ver afectada por varios factores. Entre ellos, la incertidumbre sobre lo que sucederá y posibles complicaciones futuras, frustraciones ante inexplicables niveles altos y bajos de la glucosa, así como cumplir diariamente con el tratamiento médico. Esto, a su vez, impacta a la familia ya que restringe su estilo de vida de diferentes formas. Por ejemplo, cuando se tiene que poner las inyecciones, el consumo de medicamentos, citas médicas, cambios en el régimen de comida y ejercicios físicos, entre otros aspectos (González E. , 2011).

Los estudios sobre comorbilidad señalan que los jóvenes con DM1 poseen mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, ansiedad y trastornos de conducta, con una prevalencia hasta 3 veces superior que en no diabéticos. La depresión es el trastorno psicológico más común, el 14% de estos jóvenes estarán ligeramente deprimidos y el 8,6% moderada/severamente deprimidos. La sintomatología ansiosa es también frecuente, del 42% de niños diabéticos que desarrollan algún episodio de trastorno psiquiátrico, el 20% padecen algún trastorno de ansiedad. La elevada ansiedad es uno de los principales predictores de baja calidad de vida en estos pacientes (Gómez, Pérez, & Montoya , 2014).

En una investigación con pacientes con diabetes mellitus en la Unidad Médico Familiar No. 52 del municipio de Cosoleacaque. Se encontró que el 26.7% de la población total son hombres y el 73.3% son mujeres. Se obtuvo que el 20% de los encuestados

presenta depresión de los cuales el 6.7% padece depresión clínica de bordelinde, el 10% tiene depresión moderada, y el 3.3% presenta depresión severa (Ramón , s.f.).

La diabetes infantil (Diabetes Mellitus Tipo 1) supone entre el 10 y el 15% del total de la diabetes en Madrid, y es la segunda enfermedad crónica más frecuente en la infancia. El diagnóstico de la diabetes supone una gran conmoción y crisis tanto para el niño como para sus padres y familiares. Desde el punto de vista psicosocial, la diabetes surge en el seno de la familia y no en una persona aislada. La diabetes irrumpe en la vida de la familia y ésta se ve obligada a reorganizarse para adaptarse a esta nueva situación. Un estudio realizado por el Instituto Universitario de la Familia, de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, en colaboración con la Fundación para la Diabetes, determina que algunos aspectos como la tristeza, sentimientos negativos, o la sobreprotección de los padres con hijos con diabetes, entre otras actitudes, pueden afectar negativamente en la adaptación a largo plazo del niño o el adolescente a la diabetes (Pitillas, s.f.).

Habitualmente las personas que padecen de enfermedades catastróficas como la Diabetes, revelan un mayor riesgo de padecer depresión y ansiedad, lo cual es generado por un vacío de conocimiento e incertidumbre ante complicaciones futuras, afectando así no solo al paciente sino directamente al círculo familiar, por consiguiente, expertos han manifestado una ayuda multidisciplinaria como: medico, social, psicológica, etc., para una mejor adaptación a la enfermedad, repercutiendo así elementos de cambios positivos de vida al paciente.

## **METODOLOGÍA**

Esta investigación es de tipo prospectivo, transversal y epidemiológico, cuyo objetivo principal es determinar las estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo uno, el estudio se realizó en el centro de “La casa de la Diabetes”. Dentro de la fundación se logró identificar las características sociodemográficas de cada paciente, para posteriormente relacionarlas con las estrategias de afrontamiento que se manifieste con mayor prevalencia.

## **Muestra**

Dentro de la fundación “Casa de la Diabetes” en el transcurso de su funcionamiento que viene desde 2002 existe un aproximado de 6000 personas que han acudido a la fundación como padres de familia y pacientes, ya que la misma brinda psicoeducación, apoyo nutricional, y médico. Actualmente la fundación cuenta con la asistencia de 500 personas aproximadamente con diabetes tipo uno y tipo dos.

En la muestra existe adolescentes y adultos con un diagnóstico confirmado de diabetes tipo uno, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, que de manera voluntaria e informada participaron.

Concurren alrededor de 60 pacientes con diabetes tipo uno, de los cuales se han tomado 30 para nuestro estudio, se ha determinado criterios de inclusión como: pacientes que presenten diabetes mellitus tipo uno, con un rango de edad de 12 años a 35 años, un nivel académico básico, que cuenten con disponibilidad de tiempo, y que no presenten enfermedades colaterales. En los criterios de exclusión: presentar complicaciones graves debido a su diabetes (insuficiencia renal, retinopatía, complicaciones cardiovasculares, enfermedad terminal, amaurosis, demencia, sociopatía grave, oligofrenia, pacientes en diálisis).

Los pacientes están en un rango de edades desde los 12 años hasta los 35 años. Contando con 11 varones y 19 mujeres.

## **Instrumentos**

En esta investigación se emplearon instrumentos que se describen a continuación:

***Cuestionario de Datos Sociodemográficos*** este cuestionario es un documento que está estructurado por un conjunto de preguntas de forma coherente, las que posteriormente serán planteadas a los informantes como: edad, sexo, estudios y lugar de residencia, con el fin de captar y difundir la estadística básica que demandan la sociedad, obteniendo respuesta a los planteamientos conceptuales derivados de la investigación. (anexo 1)

***Inventario de Estrategias de Afrontamiento*** (CSI) para realizar la identificación de las estrategias de afrontamiento se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI, la adaptación fue realizada por Cano, Rodríguez y García, consta de 40 ítems y de 8 factores a evaluar, el CSI fue realizado por Tobin, Holroy, Reynolds y Kigal.

(anexo 2)

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como "*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*". Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Gonzalez F. , 2011).

Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984 en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, instrumento diseñado a partir del inventario de Folkman y Lazarus 1980, como un cuestionario de 40 ítems que mide el grado de utilización de estrategias de afrontamiento (Castaño & León del Barco, 2010).

Las cuales se dividen en estrategias de afrontamiento activo o dirigido a la acción:

- Resolución de problemas
- Reestructuración cognitiva
- Expresión de emociones y
- Apoyo social.

Y las estrategias de afrontamiento pasivo o no dirigidas a la acción:

- Evitación de problemas
- Pensamientos ansiosos
- Autocritica y
- Retirada social.

La calificación se realiza con un formato de respuesta tipo Likert de cinco intervalos. Existe una distribución jerárquica del inventario basada en la revisión de Werry sobre la evaluación del afrontamiento, llegando a establecer ocho escalas como primarias, dos secundarias centradas en el problema tales como: Resolución de problemas y reestructuración cognitiva y dos centradas en la emoción como son: apoyo social y expresión de emociones, y una tercera no dirigida a la acción centrada en el problema: evitación de problemas y pensamientos ansiosos, la no dirigida a la acción centrada en la emoción: retirada social y autocrítica.

## **CALIFICACIÓN**

Se ha tomado en cuenta las 8 sub escalas primarias contando con cinco ítems cada una, se sumará las respuestas de cada ítem según la sub escala determinada, a continuación, se fija el baremo una por una para así obtener la media, los tres valores más altos son los que serán tomados en consideración (Castaño & León , 2010).

Resolución de problemas (REP):	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC):	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM):	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD):	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS):	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC):	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP):	07+15+23+31+39
Retirada social (RES):	08+16+24+32+40

## **Fiabilidad y validez**

La validez del (CSI) escala para evaluar el afrontamiento está profundamente relacionada en primer término, con la forma en que se aplica y con las presunciones del examinador con respecto a los resultados antes obtenidos. Los propios autores resaltan la importancia de aplicar la escala para evaluar el afrontamiento en contextos y situaciones específicas, mencionan que un error que se comete con bastante frecuencia es usarla para caracterizar estilos generales de afrontamiento. (Gonzalez F. , 2011)

La primera adaptación y traducción al español fue realizada en España, mostrando variantes importantes de la versión inglesa, se toma en cuenta la menor cantidad de reactivos para el estudio español.

A pesar de existir varias escalas que miden el afrontamiento en esta investigación resalta la fiabilidad y la validez por sus propiedades métricas que son aceptables. Se realiza la investigación con la participación de 219 personas voluntarias, fue aplicada en grupos mediante diferentes actividades. En la escala originales están incluidas las escalas secundarias que surgen de la agrupación de las primarias y las escalas terciarias surgen de la agrupación de las secundarias, por lo cual el propósito fue verificar la pertinencia de dichos factores, realizando así un análisis factorial, demostrando que los estudios coinciden a la perfección en los factores de acuerdo al estudio de Cano y Cols tanto en referencia a los ocho factores como en la cantidad de los ítems y su pertenecía a los mismos.

Finalizando con esta investigación factorial se pudo evaluar la fiabilidad de cada factor que en ninguna situación llega a poner en riesgo la fiabilidad de la escala, ya que incluso los niveles de fiabilidad fueron superiores a los de Cano y Cols. (Nava, Ollua, Vega, & Soria, 2010).

## **PROCEDIMIENTO**

Para dar paso a la investigación y recopilación de datos se procedió por acceder a un permiso por parte de la directora de la Fundación “Casa de la Diabetes”.

La recogida de datos se realizó mediante entrevistas individuales con los pacientes, y sus representantes si el caso lo amerita, los participantes fueron informados

de las características, propósitos, duración, y procedimiento de la investigación, y así acceder al consentimiento informado de cada uno de ellos.

Se realizó una ficha sociodemográfica donde se recolectó información básica del paciente como: nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, ciudad de residencia, ocupación, fecha de diagnóstico de la enfermedad, estado civil, escolaridad (ver anexo 1).

Los pacientes que participaron de la investigación fueron tomados en cuenta bajo los criterios de exclusión como: Presentar complicaciones graves debido a su diabetes (insuficiencia renal, retinopatía, complicaciones cardiovasculares, enfermedad terminal, amaurosis, demencia, sociopatía grave, oligofrenia, pacientes en diálisis).

Ya establecida la muestra, se realizó un calendario en el cual se estableció el nombre, día, fecha y hora en la que asistirá cada participante. A los cuales de manera individual se les explicó el reactivo CSI de manera clara y detallada para luego proceder a la aplicación, la misma se llevó a cabo dentro de los consultorios de la fundación de manera privada (ver anexo 2).

## **RESULTADOS**

Los resultados se dividen en dos secciones, la primera mediante la ficha sociodemográfica con sus respectivos resultados, y la segunda obtenida mediante el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) aplicado.

### **FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Los datos obtenidos en la ficha sociodemográfica son: edad, estado civil, ocupación, sexo, edad de diagnóstico (ver anexo 1).

## EDADES

Tabla 1 Estadística relacionado a la edad

<i>Relacionados por Edad</i>		
<b>Nº. Pacientes</b>	<b>Media de Edad</b>	<b>Desviación estándar</b>
30	20,46	5,81

Tabla 2 Números de paciente por edad

<b>Rangos de edad</b>	<b>Porcentaje</b>	
12 a 17	8	26,67
18 a 23	9	30,00
24 a 29	11	36,67
30 a 35	2	6,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

En la muestra tomada el rango predominante en la edad de los pacientes se encuentra entre los 24 a 29 años (36.6%), con una media de 20,46 años y con una desviación estándar de 5,81.

## ESTADO CIVIL

Tabla 3 Número de pacientes por estado civil

<b>Estado Civil</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	25	83,33
Casado (a)	4	13,33
Divorciado	0	0,00
Unión libre	1	3,33
viudo (a)	0	0,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

En cuanto al estado civil podemos apreciar un alto porcentaje de pacientes solteros (83,33%), seguido de los pacientes casados (13,33%).

## OCUPACIÓN

**Tabla 4 Número de pacientes por ocupación**

Ocupación	Número	Porcentaje
QQDD	2	6,67
Trabajo Privado	5	16,67
Trabajo Público	1	3,33
Estudiante	21	70,00
Desempleado	1	3,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

En la ocupación de los pacientes de la Fundación se dividen en: Quehaceres domésticos, Trabajador Público, Trabajador Privado, Estudiante y Desempleado.

Según la valoración se aprecia un alto nivel en cuanto a estudiantes (70,00%), seguido por pacientes que provienen de trabajos privados (16,67%).

## SEXO

**Tabla 5 Número de pacientes por sexo**

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	11	36,67
Femenino	19	63,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

En cuanto al sexo de los pacientes la mayoría son de sexo femenino (63,33%) a comparación del sexo masculino (36,67%) según los datos establecidos.

## **EDAD DE INICIO DEL DIAGNÓSTICO**

**Tabla 6 Número de pacientes por edad de DX**

<b>Edad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
1 a 10 años	16	53,33
11 a 20 años	12	40,00
21 a 30 años	2	6,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

El porcentaje que se aprecia según la edad de diagnóstico de pacientes con diabetes tipo uno se encuentra entre 1 y 10 años de edad (53,33%), seguido de los 11 a 20 años de edad (40,00%), cuyas edades son representativas a nivel general.

El diagnóstico de diabetes según las edades y estudios antes realizados han obtenido un diagnóstico en edades tempranas, por lo cual existe mayor cantidad de pacientes jóvenes quienes la padecen.

## **INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CSI**

### **VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

El test ha sido efectuado con anterioridad por sus autores validando el mismo, así también ha sido utilizado en países europeos, americanos, y Latino Americanos. En pacientes adolescentes desde los 12 años como de 18 años en adelante. Por lo que se dio paso a la revisión del mismo.

Para la verificación se utilizó el programa SPSS, para determinar la fiabilidad y la validez mediante el análisis del Alfa de Cronbach.

**Tabla 7 Estrategia utilizada**

<b>ESTRATEGIA UTILIZADA</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N°. De Elementos</b>
<i>Resolución de problemas REP</i>	0,807	5
<i>Autocrítica AUC</i>	0,866	5
<i>Expresión emocional EEM</i>	0,672	5
<i>Pensamiento desiderativo PSD</i>	0,703	5
<i>Apoyo Social APS</i>	0,862	5
<i>Reestructuración cognitiva REC</i>	0,808	5
<i>Evitación de problemas EVP</i>	0,347	5
<i>Retirada Social RES</i>	0,629	5

<b>FIABILIDAD</b>	<b>VALIDEZ</b>	<b>DESVIACION ESTANDAR</b>
0,804	0,805	1,32

La muestra con la que se trabajó, siendo una muestra pequeña los datos son equilibrados. Hemos podido apreciar en el análisis de los factores que nos arroja una fiabilidad de 0,804 que está dentro de un rango aceptado, los valores son superiores 0,5 e inferiores a 0,9 lo cual demuestra así la validez y fiabilidad del mismo, siendo estos valores superiores a 0,9 y menores a 0,5 no existiría validez y fiabilidad.

## **Parte Cualitativa**

### **TIPOS DE ESTRESORES**

A medida que existe una reacción fisiológica del organismo frente a diversas situaciones percibidas como amenazantes, se activan mecanismos de defensa para un afrontamiento eficaz, a criterio de los pacientes se ha tomado en cuenta estresores como: el cambio de estilo de vida y alimentación que llega a causar ansiedad en los pacientes, la falta de conocimiento de la enfermedad, llega a causar depresión, irritabilidad, aislamiento social.

Varias personas se ven de repente excedidas por mucho trabajo o se encuentran en una situación difícil, desarrollando estados mentales de nervios, agobio e incluso crisis de ansiedad, lo que puede acabar transformándose en una depresión o niveles de estrés muy elevados.

**Tabla 8 Categorías por tipo de estresor**

<b>Tipo de Estresor</b>	<b>Número de Pacientes</b>	<b>Porcentaje %</b>
Ansiedad	12	40,00
Depresión	10	33,33
Irritabilidad	6	20,00
Aislamiento Social	2	6,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

La gran parte de los pacientes padecen de ansiedad (40,00%) frente al diagnóstico de la enfermedad a causa del cambio del estilo de alimentación, la depresión es otro estresor con un alto porcentaje (33,33%) a padecer por los pacientes con diabetes tipo uno, otro de los valores altos que se encuentra en la lista es la irritabilidad con la que los pacientes reaccionan ante la enfermedad (20,00%). De los cuatro estresores enlistados se ha podido tomar en cuenta los tres de más altos porcentajes.

## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

**Tabla 9 Estrategias utilizadas según la edad**

	<i>EDAD</i>			
	<i>12 A 17</i>	<i>18 A 23</i>	<i>24 A 29</i>	<i>30 A 35</i>
<i>REP</i>	10 6%	16 60%	14 40%	16 55%
<i>AUC</i>	10 80%	10 80%	8 75%	10 80%
<i>EEM</i>	9 50%	13 75%	10 60%	13 75%
<i>PSD</i>	13 55%	14 60%	12 50%	11 45%
<i>APS</i>	10 45%	13 60%	10 45%	12 55%
<i>REC</i>	9 40%	12 70%	12 65%	15 80%
<i>EVP</i>	7 60%	6 55%	8 75%	8 75%
<i>RES</i>	9 90%	7 80%	8 85%	7 80%

Según los datos obtenidos se puede apreciar que entre los 12 a 17 años existe un porcentaje del 90% con una Retirada Social (RES) como preferencia, y con un 6% en Resolución de Problemas (REP). Entre los 18 a 23 años la estrategia de preferencia se encuentra en la Autocritica (AUC) con un 80% y un 80% en Retirada Social (RES), por debajo de estos valores encontramos Evitación de Problemas (EVP) con un 55%. En los pacientes de 24 a 29 años su estrategia preferente es la de Retirada Social (RES) con un 85%, y la menos utilizada es la Resolución de Problemas (REP) con un 40%. En la edad de 30 a 35 años se ha podido apreciar una preferencia de igualdad entre, Autocritica (AUC), Restructuración Cognitiva (REC) y Retirada Social (RES) con un 80%, la menos preferente está con un 45% siendo Pensamiento Desiderativo (PSD).

**Tabla 10 Estrategias utilizadas según la edad de inicio del DX:**

	<b>EDAD DE INICIO DEL DX</b>		
	<b>1 A 10</b>	<b>11 A 20</b>	<b>21 A 30</b>
<b>REP</b>	14 40%	13 35%	16 60%
<b>AUC</b>	11 25%	7 70%	6 65%
<b>EEM</b>	11 65%	11 65%	9 55%
<b>PSD</b>	13 55%	12 50%	14 60%
<b>APS</b>	11 50%	11 50%	11 50%
<b>REC</b>	11 55%	11 55%	17 90%
<b>EVP</b>	8 75%	6 55%	8 75%
<b>RES</b>	10 85%	6 75%	7 80%

En la Edad de inicio de diagnóstico de 1 a 10 años la estrategia preferente encontramos Retirada Social (RES) con un 85% por debajo se aprecia Resolución de Problemas (REP) con un 40%. De los 11 a los 20 años su preferencia se aprecia en la Retirada Social (RES) con un 75%, por debajo esta la Resolución de Problemas (REP) con un 35%. Entre los 21 a 30 años con un 90% la Reestructuración Cognitiva (REC) es la de mayor preferencia, y con un 50% por debajo encontramos Apoyo Social (APS).

**Tabla 11 Estrategias utilizadas según el estado civil:**

	<b>ESTADO CIVIL</b>	
	<b>CASADOS</b>	<b>SOLTEROS</b>
<b>REP</b>	16 50%	13 35%
<b>AUC</b>	8 75%	9 75%
<b>EEM</b>	9 55%	11 65%
<b>PSD</b>	13 55%	13 55%
<b>APS</b>	11 50%	11 50%
<b>REC</b>	14 75%	11 55%
<b>EVP</b>	9 80%	7 60%
<b>RES</b>	7 80%	12 97%

En cuanto al estado civil en cuanto a los casados encontramos una preferencia por la estrategia de afrontamiento con un porcentaje del 80% entre Evitación de Problemas (EVP) y Retirada Social (RES). Por muy debajo con un 50% encontramos Resolución de Problemas (REP) y Apoyo Social (APS). En los solteros se aprecia una preferencia por la Retirada Social (RES) con un 97% y muy por debajo encontramos con un 35% a Resolución de Problemas (REP).

**Tabla 12 Estrategias utilizadas según el sexo:**

	<i>SEXO</i>	
	<i>MASCULINO</i>	<i>FEMENINO</i>
<i>REP</i>	14 40%	13 35%
<i>AUC</i>	6 65%	11 83%
<i>EEM</i>	10 60%	11 70%
<i>PSD</i>	10 40%	14 60%
<i>APS</i>	10 45%	12 55%
<i>REC</i>	11 55%	11 55%
<i>EVP</i>	6 55%	8 75%
<i>RES</i>	7 80%	9 90%

En el sexo masculino encontramos de preferencia la Retirada Social (RES) con un 80%, por debajo podemos apreciar Resolución de Problemas (REP) y Pensamiento Desiderativo (PSD) con un 40%. En cuanto al sexo femenino con un 90% se aprecia la Retirada Social (RES) muy por debajo podemos apreciar a Resolución de Problemas (REP) con un 35%.

**Tabla 13 Estrategias utilizadas según la ocupación**

	<i>ESTUDIANTE</i>	<i>QQDD</i>	<i>TR. PRIVADO</i>	<i>TR. PUBLICO</i>	<i>DESEMPLEADO</i>
<i>REP</i>	13 35%	4 4%	16 60%	20 90%	16 55%
<i>AUC</i>	10 80%	8 75%	8 75%	2 40%	16 95%
<i>EEM</i>	11 65%	3 10%	10 60%	11 65%	15 85%
<i>PSD</i>	13 55%	9 35%	11 45%	18 85%	19 90%
<i>APS</i>	12 55%	1 3%	10 45%	18 90%	16 80%
<i>REC</i>	11 55%	9 45%	14 75%	10 50%	15 80%
<i>EVP</i>	7 65%	11 90%	8 75%	5 50%	11 90%
<i>RES</i>	8 85%	11 95%	8 85%	7 80%	2 40%

En la ocupación los estudiantes tienen una preferencia por la Retirada Social (RES) con un 85% y muy por debajo con un 35% la Resolución de Problemas (REP). En cuanto a los quehaceres domésticos con un 95% se encuentra la Retirada Social (RES) como preferencia y muy por debajo con un 3% encontramos el Apoyo Social (APS). Las personas con trabajos privados tienen una preferencia del 85% en Retirada Social (RES) y con un 45% en Pensamiento Desiderativo (PSD) y Apoyo Social (APS). En cuanto los trabajadores públicos existen un porcentaje del 90% como preferencia la Resolución de Problemas (REP) y Apoyo Social (APS), muy por debajo con un 40% se aprecia la Autocrítica. En las personas con desempleo la Autocrítica (AUC) es de preferencia con un 95%, por debajo con un 40% encontramos a la Retirada Social (RES).

A través de los resultados alcanzados, se ha obtenido una mayor prevalencia en la retirada social (RES) como estrategia de afrontamiento en los pacientes con diabetes tipo 1. La misma se ha logrado identificar a través de la relación entre las variables de la ficha sociodemográfica y las estrategias de afrontamiento.

## DISCUSIÓN

Para lograr una mayor claridad expositiva presentaremos la discusión de los resultados centrándonos en aquellos aspectos más relevantes y estableciendo un análisis frente a los datos estadísticos que se han extraído de los resultados obtenidos.

Los resultados que se han obtenido durante esta investigación en relación al rango predominante de edad es entre los 24 a 29 años, que equivale al 36.6%, reconociendo así que la diabetes tipo uno es diagnosticado con cierta frecuencia en adultos jóvenes pertenecientes a este rango de edad. Sin embargo, en diversos estudios expuestos anteriormente, sus resultados no corroboran con la de nuestra investigación, puesto que, en el Hospital Pediátrico Provincial Docente Paquito González Cueto de Cienfuegos en Cuba, fueron analizados 99 pacientes menores de 18 años, el grupo 5-9 años presentó el mayor número de pacientes (35 casos) pero sin diferencias significativas con el de 10-14 años (34 casos). De igual forma en otro estudio realizado en Cataluña se estudió durante los años de 1989-2002, observando una incidencia media [*sic*] de 6.28 casos por 100.000 habitantes y años, aumentando el número de casos de DMTI en menores de 5 años. (Ramos, Acosta , Ríos , Quintana, & Marrero , 2016). De otra forma los resultados obtenidos mediante el inventario de estrategias de afrontamiento aplicado en esta investigación, dan resultados que se puede corroborar, en las edades de 12 a 17 años, que son los más jóvenes, existe un porcentaje del 90% con una Retirada Social (RES). Un estudio en el que se trabajó con una muestra de 1228 adolescentes pertenecientes a 7 colegios de Montevideo, con edades comprendidas entre 12 y 19 años, en donde los resultados mostraron que los más jóvenes usan menos la estrategia de buscar apoyo social (As) (García , López , & Moreno , 2008).

En cuanto al estado civil, nuestros datos arrojan un 83.33% en pacientes solteros, y un 13,33% de pacientes casados, sin embargo, no se ha encontrado estudios que corroboren estos resultados, pero se puede relacionar con un estudio trasversal desarrollado con 702 universitarios que padecen diabetes tipo dos de Fortaleza-CE, Brasil, en donde cuyos resultados proyectan que, en la variable solteros de la ficha sociodemográfica, equivale a un 71,2%. Por otro lado, los resultados del inventario de

estrategias de afrontamiento dan que los pacientes solteros manifiestan un 97% de Retirada Social (RES) como mecanismo de defensa, de igual manera no existe un estudio que avale este resultado, pero se puede tomar en cuenta que en nuestra investigación la mayor parte de solteros eran adolescentes, por lo tanto se puede corroborar con el siguiente estudio mencionado con anterioridad realizado en Montevideo con 1228 adolescentes pertenecientes a 7 colegios, con edades comprendidas entre 12 y 19 años, dando como resultado que usan menos la estrategia de buscar apoyo social (As) (García, López, & Moreno, 2008).

Los resultados obtenidos correspondiente a la variable ocupación, se evidencia un equivalente del 70,00% correspondiente a un nivel alto de la variante estudiantes, y como mecanismo de defensa un 85,00% de la Retirada Social (RES), cuyos resultados no se puede corroborar con algún estudio que demuestre un porcentaje aproximado, sin embargo se puede reconocer que el resultado alcanzado en nuestra investigación es mayor al 50%, dándose a entender así que existe un predominio de estudiantes con Retirada Social como mecanismo de defensa.

Correspondiente al sexo nuestros datos estadísticos indican que existe un mayor índice de diabetes mellitus tipo uno en el sexo femenino, con un porcentaje del 63,33% a comparación del sexo masculino con un porcentaje del 36,67%. Sin embargo en un estudio transversal descriptivo realizado en Navarra, se observa una incidencia más alta en los hombres que en las mujeres, la población media anual de Navarra en el periodo 2009-2011 era de 636.518 habitantes, dando como resultado 100 hombres equivalente al 59,9% y 67 mujeres equivalente al 40,1%, (Sanitaria, 2013). La variable en cuanto al sexo no se corrobora con los resultados de nuestra investigación. Por lo que refiere a los datos obtenidos en la escala aplicada CSI, tenemos que en el sexo masculino encontramos de preferencia la Retirada Social (RES) con un 80%, en cuanto al sexo femenino con un 90% de Retirada Social (RES), estos datos no se pueden ratificar ya que, en un estudio realizado para ver las diferencias entre sexos, (...) se han encontrado varias diferencias significativas, en donde los hombres movilizan recursos enfocados a regular y controlar los propios sentimientos, por el contrario la media es más alta en las mujeres en *apoyo social al problema*, donde se refleja la tendencia a realizar acciones encaminadas a buscar en los demás información y consejos sobre cómo resolver el problema, y en la de *expresión emocional* que se caracteriza por canalizar el afrontamiento hacia las

manifestaciones expresivas a otras personas causadas por el problema (Martín , Jiménez, & Fernandez , 1997).

En la edad de diagnóstico, nuestros datos reflejan que en pacientes con diabetes tipo uno que se encuentra entre 1 y 10 años, equivale a un porcentaje de 53,33%, y en los datos de respuesta de nuestro inventario arroja un 85% de Retirada Social (RES), por lo que los pacientes con edades tempranas de diagnóstico mantienen un aislamiento en su círculo social, ratificando que en un estudio realizado en Montevideo con 1228 adolescentes pertenecientes a 7 colegios, revelan que los adolescentes más jóvenes usan menos la estrategia preocuparse (Pr) y de menor uso la estrategia invertir en amigos íntimos (García , López , & Moreno , 2008).

Finalmente, de forma global se ha analizado estadísticamente los tipos de estresores que con mayor predominancia se hacen presentes en pacientes con diabetes tipo uno, lo cual hemos podido proyectar resultados comprobables. Con 40,00%, gran parte de los pacientes manifiestan ansiedad, y con el 33,33% depresión. Se ha tomado en cuenta estas dos valoraciones ya que son las más altas en relación a los otros estresores (irritabilidad y aislamiento social). Se puede reafirmar mediante un estudio sobre comorbilidad que señala que los jóvenes con DM1 poseen mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, ansiedad y trastornos de conducta, con una prevalencia hasta 3 veces superior que en no diabéticos. La depresión es el trastorno psicológico más común, el 14% de estos jóvenes estarán ligeramente deprimidos y el 8,6% moderada/severamente deprimidos. En una investigación con pacientes con diabetes mellitus en la Unidad Médico Familiar No. 52 del municipio de Cosoleacaque, se encontró que el 26.7% de la población total son hombres y el 73.3% son mujeres, se obtuvo que el 20% de los encuestados presenta depresión, de los cuales el 6.7% padece depresión clínica de bordelinde, el 10% tiene depresión moderada, y el 3.3% presenta depresión severa (Ramón , s.f.). Por lo tanto, La calidad de vida de una persona que ha sido diagnosticada con diabetes tipo I o II se puede ver afectada por varios factores. Entre ellos, la incertidumbre sobre lo que sucederá y posibles complicaciones futuras, frustraciones ante inexplicables niveles altos y bajos de la glucosa, así como cumplir diariamente con el tratamiento médico. Esto, a su vez, impacta a la familia ya que restringe su estilo de vida de diferentes formas. (González E. , 2011).

## CONCLUSIÓN

En los casos de enfermedades crónicas como la diabetes, las personas actúan desde un modelo biopsicosocial sin dejar de lado lo emocional, si los interrelacionamos, encontramos toda una serie de factores que están influyendo, o que pueden influir en dichos sistemas, entre los cuales se encuentran: factores de riesgo situacionales, personales, interpersonales, familiares, etc. Sin embargo, es imprescindible brindar un mejor manejo a los factores no modificables como la edad y lo genético.

En este estudio según la ficha sociodemográfica se ha evidenciado que existe un alto porcentaje de pacientes solteros jóvenes con diabetes tipo uno, la mayor parte de ellos son estudiantes, podemos apreciar también que en el sexo femenino existe un elevado porcentaje de pacientes con esta enfermedad crónica, por otro lado, en la edad de inicio del diagnóstico podemos apreciar que en los diez primeros años existe un índice mayor de pacientes que son diagnosticados con diabetes tipo uno.

El análisis de investigación que tenía por objeto determinar las características sociodemográficas y las estrategias de afrontamiento, con su mayor prevalencia, reveló como resultado de manera marcada la Retirada Social (RES). Así mismo, se correlacionaron significativamente con niveles de ansiedad y depresión en pacientes solteros entre 24 a 29 años de edad con ocupación de estudiantes.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Ficha socio demográfica**

#### **Ficha Socio Demografica**

FECHA: \_\_\_\_\_

#### **DATOS GENERALES:**

Nombres y

Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Edad de

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

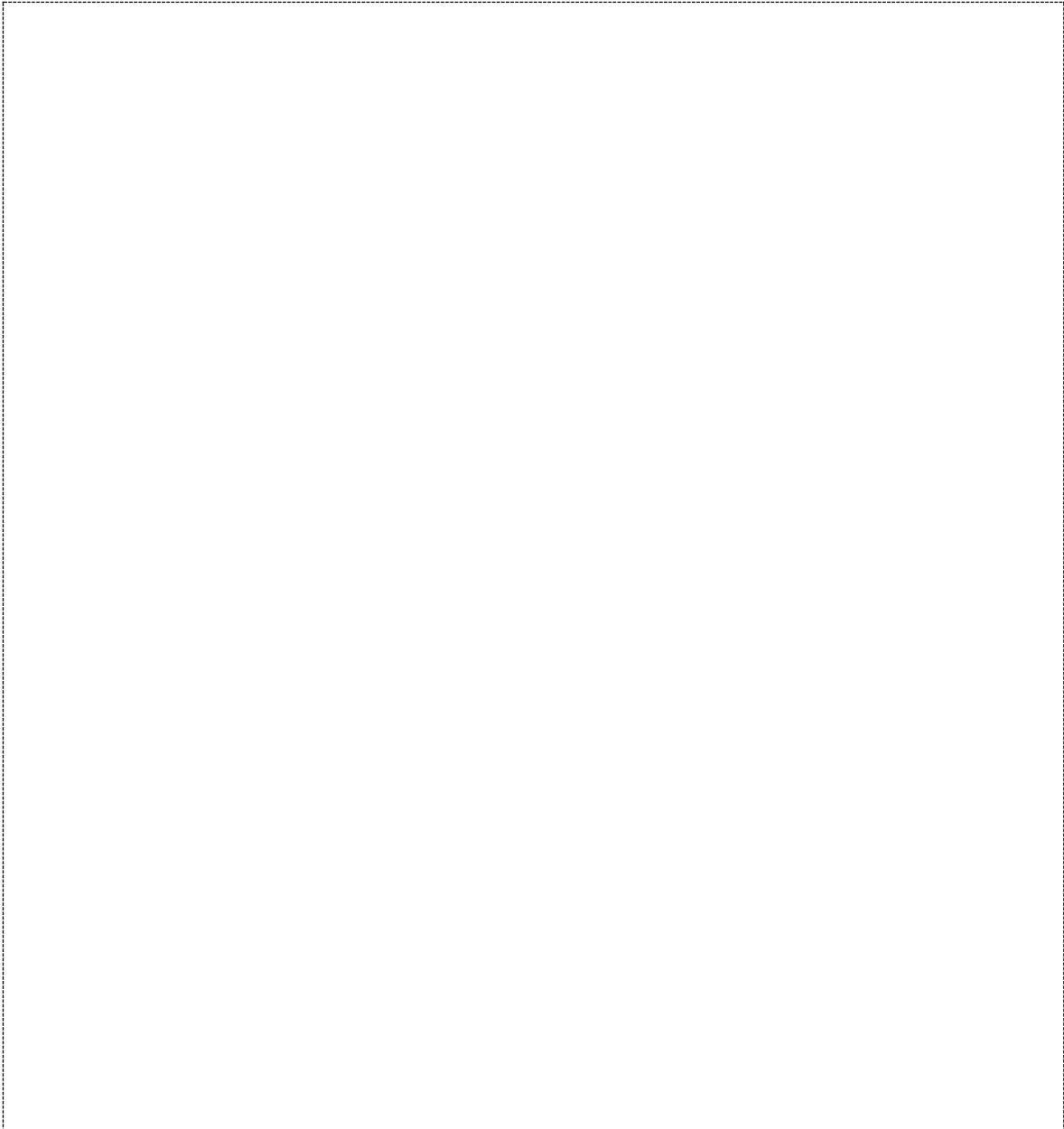
Dirección: \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)

### **Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)**

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quienes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor organizado, solo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

**0= En absoluto; 1= Un poco; 2= Bastante; 3= Mucho; 4= Totalmente**

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

#### FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>								

### **Anexo 3 Consentimiento informando**

Vamos a efectuar un estudio, le pedimos que usted pueda formar parte de dicha investigación como sujeto de estudio dado que presenta el diagnóstico de diabetes tipo uno con el objetivo de relacionar los factores sociodemográficos con las estrategias de afrontamiento y su prevalencia.

Si acepta estar en nuestro estudio, le haremos preguntas sobre su identidad para obtener información básica y completar la ficha sociodemográfica. Se les aplicará una batería (test) auto aplicable, con el cual nos permitirá verificar las estrategias de afrontamiento en cada participante.

Puede hacer preguntas las veces que quiera en cualquier momento del estudio. Además, si decide que no quiere terminar el estudio, puede parar cuando quiera. Nadie puede enojarse o enfadarse con usted si decide que no quiere continuar en el estudio. Recuerde, que estas preguntas tratan sobre su manera de enfrentar su enfermedad. No hay preguntas correctas (buenas) ni incorrectas (malas).

Si firma este papel quiere decir que lo pudo leer, y que quiere estar en el estudio. Si no quiere estar en el estudio, no lo firme. Recuerda que usted decide estar en el estudio y nadie se puede enojar con usted si no firma el papel o si cambia de idea y después de empezar el estudio, se quiere retirar.

-----  
Firma del participante del estudio

Fecha \_\_\_\_\_

-----  
Firma de los investigadores  
Omar Tenemaza – Rosa Elena Zhuñi.

Fecha \_\_\_\_\_

## Referencias

- Almeida, C., & Rivas, V. (2008). *Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo dos*. Obtenido de <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cientifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>
- American Diabetes Association. (2015). Obtenido de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/sintomas-de-la-diabetes/>
- Anónimo. (s.f.). *Sir Harold Himsworth MD, FRS (1905-1993)*. Obtenido de DIAPEDIA: <https://www.diapedia.org/introduction-to-diabetes-mellitus/11041051104/sir-harold-himsworth-md-frs-1905-1993>
- Asociación Diabetes Madrid . (s.f.). *¿Qué es la Diabetes Tipo 1?* Obtenido de Asociación Diabetes Madrid : <https://diabetesmadrid.org/ser-socio/que-es-la-diabetes-tipo-1/>
- Association, A. D. (2006). Nutrición y Recetas.
- Association, American Diabetes. (2012). standards of medical care in diabetes-2012. *Diabetes Care 2012*.
- Bádenas, J. M. (s.f.). *Diabetes tipo 1 y tipo 2, definición y diferencias*. Obtenido de Asociación Diabetes Madrid: <https://diabetesmadrid.org/diabetes-tipo-1-tipo-2-definicion-diferencias/>
- Barrera, M. (2013). Estrategias de afrontamiento y actitudes ante la enfermedad crónica. *Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com*, 1.
- Borrás, V. (2006). *Diabetes mellitus tipo 1 en niños menores de 5 años estudio epidemiológico en Cataluña*. Obtenido de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4619/vbp1de1.pdf>
- Castaño, E., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13.
- Castaño, F., & León, B. (2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. España.
- Castro. (2016).
- Cordero, & Andrade. (s.f.). *Diabetes tipo I: Causas, síntomas y tratamiento*. Obtenido de Bekia Salud: <http://www.bekiasalud.com/articulos/diabetes-tipo-1-causas-sintomas-tratamiento/>
- Dans, C., Barreiro, Pombo, A., & Galicia, G. d. (2005). Incidencia y características clínicas al manifestarse la diabetes mellitus tipo 1 en niños de Galicia (España, 2001-2002). *ScienceDirect*.
- Diabetes.org. (2005). Living with diabetics .
- Dorantes, L. M. (2002). *El descubrimiento de la diabetes tipo 1*. Obtenido de imbiomed: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=12253&id\\_seccion=1044&id\\_ejemplar=1271&id\\_revista=88](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=12253&id_seccion=1044&id_ejemplar=1271&id_revista=88)

- Eyzaguirre et al ., F. (2006). Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) en niños menores de 5 años: Características al debut vs otros grupos etarios en Chile. *Scielo*.
- Eyzaguirre, F., & al., e. (2006 ). Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) en niños menores de 5 años: Características al debut vs otros grupos etarios en Chile. *Scielo* .
- Figueroa , I., Contini, N., Lacunza, A., Lévin, M., & Suedan , A. (2005). *Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico*. Obtenido de [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/08-21\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/08-21_1.pdf)
- García , R., López , J., & Moreno , M. (2008). ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS SEGÚN SEXO Y EDAD EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES URUGUAYOS. *Ciencias Psicológicas* .
- Garcia, H. (2001 ). Factores de riesgo y prevención en . *Scielo* .
- Garza, J. P. (s.f.). *HISTORIA DE LA DIABETES (desde la Antigüedad hasta el descubrimiento de la Insulina)*. Obtenido de estudiadiabetes.org: <http://www.estudiadiabetes.org/foro/t/historia-de-la-diabetes-desde-la-antigüedad-hasta-el-descubrimiento-de-la-insulina/1005>
- GAVILANEZ, N. M. (2014). *ADHERENCIA AL CAMBIO DE ESTILO DE VIDA; DIETA, EJERCICIO Y SUS FACTORES OBSTACULIZADORES O FAVORECEDORES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL “DR. ENRIQUE GARCÉS”*. Quito .
- Gil. (2013).
- Gómez, E. (2014). *Google Académico*. Obtenido de <file:///C:/Users/Omar%20Andr%C3%A9s/Downloads/HISTORIA%20DE%20LA%20DIABETES.pdf>
- Gómez, I., Pérez, M., & Montoya , I. (2014). Diabetes mellitus tipo 1: breve revisión de los principales factores psicológicos asociados. *analesdepediatria* .
- González, E. (2011). *Depresión y ansiedad relacionadas a la diabetes*. Obtenido de AARP: <http://www.aarp.org/espanol/salud/afecciones-y-tratamientos/news-06-2011/depresion-ansiedad-relacionadas-diabetes.html>
- Gonzalez, F. (2011). Instrumentos de Evaluación Psicológica. *ciencias medicas* , 16.
- González, R., Crespo, N., & Crespo., N. (2000). Características clínicas de la diabetes mellitus en un área de salud. *Scielo*.
- Gonzalez, Y., Acosta , M., Ríos , E., Quintana, A., & Marrero, A. (2016). Caracterización del inicio de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 18 años. *Scielo* .
- Guevara, G., Hernández, H., & Flores, T. (2001). *ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES*. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v04\\_n1/pdf/a03v4n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v04_n1/pdf/a03v4n1.pdf)
- Hayes, J. (2008). Diabetes mellitus tipo 1. *Scielo*, S/P.

- Hernández, S., & Gutiérrez, M. (2012). Estilos de afrontamiento ante eventos estresantes en la infancia. *Scielo* .
- Ibarra, M. A., Melchor, A., Martínez, M. E., Jiménez, M., Mendoza, F., & González, D. (2000). Antecedentes familiares de diabetes en diabéticos tipo 1. *Revista de Endocrinología y Nutrición, Vol. 8, No. 3*.
- Letelier, Núñez, D., & Rey, R. (2011). Taxonomía de pacientes con diabetes tipo dos, basada en su representación de enfermedad. *Scielo*.
- López, E. (Febrero de 2003). *Fundación Española de Corazón* . Obtenido de <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html>
- Martín, M., Jiménez, M., & Fernández, E. (1997). *ESTUDIO SOBRE LA ESCALA DE ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (E3A)*. Obtenido de Revista Electrónica de Motivación y Emoción : <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Martín, D., Jiménez, P., & Fernández, E. (1997). Estudios sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista electronica de motivacion y emoción*.
- Mayo Clinic Staff. (2014). *Estrategias de afrontamiento, y apoyo*. Obtenido de Mayo Clinic : <http://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-1-diabetes/basics/coping-support/con-20019573?ct=44302>
- MejorVida.com. (2006). *historia de la diabetes* .
- Nava, C., Ollua, P., Vega, Z., & Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud, 8*.
- Nocito, A. d. (2008). Definición, clasificación clínica y diagnóstico de la diabetes mellitus.
- Ortiz, M. (2008). Estabilidad de la Adherencia al Tratamiento en una Muestra de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *redalyc, 72*.
- Otero, J. (2015). *Estrés Laboral y Burnout en profesores de enseñanza secundaria*. España: Díaz de Santo.
- Patiño, M., & Hernández, E. (2011). Diabetes Mellitus: Perspectiva epidemiológica e implicaciones clínicas. *Medicina Interna Organó Oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna*.
- Pérez, M., Gómez, I., & Montoya, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Revisión. *Scielo* .
- Petit, C. (Septiembre de 2012). *PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA DE AFRONTAMIENTO EN*. Obtenido de <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/9214-12-05488.pdf>
- Pitillas, C. (s.f.). *Cómo afrontar la diabetes en niños y adolescentes*. Obtenido de Todopapás desde el primer momento contigo: <https://www.todopapas.com/ninos/salud-infantil/como-afrontar-la-diabetes-en-ninos-y-adolescentes-5840>

- Ramón , I. (s.f.). *PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS EN LA UMF N° 52*. Obtenido de UNIVERSIDAD VERACRUZANA Facultad de Medicina Campus Minatitlán: <https://www.uv.mx/personal/yvelasco/files/2010/07/EJEMPLO-INVESTIGACION.pdf>
- Ramos, Y., Acosta , M., Ríos , E., Quintana, A., & Marrero , A. (2016). Caracterización del inicio de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 18 años. *Scielo*.
- Rodriguez, A. (2012). *Estrategias de afrontamiento en pacientes que padecen patologías crónicas*. Obtenido de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC105269.pdf>
- Romero , F., & Palacio, J. (2009). *Característica de los Estilos de Afrontamiento en Jóvenes Estudiantes de Secundaria* . Obtenido de <file:///C:/Users/Omar%20Andr%C3%A9s/Downloads/Dialnet-CaracteristicasDeLosEstilosDeAfrontamientoEnJovene-5229812.pdf>
- Rondón, J., & Lugli, Z. (2013). EFECTOS DEL TIPO DE DIABETES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO,. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.
- Salud, O. M. (2016). Informe Mundial de la Diabetes. *World Health Organization, S/P*.
- Sánchez , F. (2002). Fundación "Casa de la Diabetes". *Fundación "Los Fresnos"*.
- Sanchez, F. (2002). Casa de la Diabetes. <http://casadeladiabetes.org.ec/>.
- Sanitaria, S. E. (2013). Diferencias por edad y sexo en la incidencia de diabetes tipo 1 en Navarra (2009–2011). *ScienceDirect*.
- Segundo, S. S. (1996). Aspectos epidemiológicos y genéticos de la diabetes mellitus en la población peruana. *Scielo* .
- Serrato, E. (2013). *Historia de la diabetes*. Obtenido de Google Academico: <http://files.doctorfacebook.webnode.mx/200000007-2e1122f0a9/HISTORIA%20DE%20LA%20DIABETES.pdf>.
- Sirmonds, y. c. (1987).
- Solís , C., & Vidal , A. (2006). Estilos y Estrategias en adolescentes . *Revista de Psiquiatría y Salud Mental HERMILIO VALDIZAN* , 35.
- Vázquez, C., Crespo , M., & Ring, J. (s.f.). *Estrategias de afrontamiento*. Obtenido de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring , J. (s.f.). *Estrategias de afrontamiento* . Obtenido de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>
- Velazquez, A. (s.f.). *Paciente con Diabetes*. Obtenido de Google Académico: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/pdf/3.pdf>
- Vidal, M. (15 de Febrero de 2012). *Conductas de riesgo en adolescentes con diabetes tipo1*. Obtenido de Forumclinic:

<http://www.forumclinic.org/es/diabetes/reportajes/conductas-de-riesgo-en-adolescentes-con-diabetes-tipo1>