

Afrontamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Zacatecas, México

Rafael Armando Samaniego Garay¹, Isauro García Alonzo¹,
Flor de María Sánchez Morales¹, María de Lourdes del Río Mendoza¹ y
Óscar Armando Esparza del Villar²

¹Universidad Autónoma de Zacatecas (México);

²Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (México)

La diabetes mellitus se encuentra entre los principales problemas de salud en México generando retos al Sistema de Salud (personal insuficiente, poca infraestructura, escasez de medicamentos) debido al creciente número de casos diagnosticados y al aumento de decesos. En México, para el 2015 se reportaron 11.463.000 personas diabéticas, esto ocasionó que nuestro país ocupe el sexto lugar a nivel mundial en prevalencia de esta enfermedad (I.F.D., 2015). El objetivo consistió en conocer si el afrontamiento tiene relación con la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se trató de un estudio correlacional, el tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, en una muestra de 230 personas adultas. Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE, de Sandín y Chorot, 2003) y la DQOL, "Calidad de vida en diabetes" (Robles, 2003). Se hizo una invitación a los pacientes a través de una carta de consentimiento informado cuando acudieron a la clínica de salud. Los resultados muestran que el conocimiento, control y tratamiento que tienen los pacientes sobre la enfermedad es deficiente y además, se presentaron correlaciones significativas moderadas positivas entre los diversos factores que integran cada variable aquí estudiada, así, el ajuste y adaptación hacia el padecimiento representan importantes retos de intervención bio-psico-social.

Palabras clave: Afrontamiento, calidad de vida, Diabetes Mellitus.

Coping and its relationship with quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes mellitus is among the main health problems in Mexico generating challenges to the health system (insufficient staff, little infrastructure, lack of medicines) due to the growing number of cases diagnosed and the increase in deaths. In Mexico, for 2015, 11.463.000 diabetic people were reported, this caused that our country occupies the sixth place in the world in prevalence of this disease (I.F.D., 2015). The objective was to know if coping is related to quality of life in patients with Diabetes Mellitus type 2. It was a correlational study; the type of sampling was non-probabilistic of intentional type, in a sample of 230 adults. We used the Stress Coping Questionnaire (CAE, by Sandín & Chorot, 2003) and the DQOL, "Quality of life in diabetes" (Robles, 2003). An invitation was made to the patients through an informed consent letter when they went to the health clinic. The results show that the knowledge, control and treatment that the patients have about the disease is deficient and in addition, there were significant moderate positive correlations between the various factors that integrate each variable studied here, thus, the adjustment and adaptation towards the disease represent important challenges of bio-psycho-social intervention.

Keywords: Coping, quality of life, Diabetes Mellitus.

Correspondencia: Rafael Armando Samaniego Garay. Unidad Académica de Psicología. Universidad Autónoma de Zacatecas. Avda. Preparatoria, nº 301, Col. Hidráulica. C.P.: 98068. Zacatecas (México). E-mail: psicsalud@gmail.com

Las enfermedades de tipo crónico ocupan el primer lugar entre los problemas de salud en México; padecimientos como Cáncer, Sida, Hipertensión y la Diabetes son el centro de atención para los Sistemas de Salud en el país, debido al creciente número de casos diagnosticados y al aumento de los decesos producto de estas enfermedades. Una de las enfermedades de tipo crónico, que ha cobrado fuerza en los últimos años es la Diabetes Mellitus, la cual se caracteriza por problemas en el metabolismo de la glucosa y el aumento de la misma en el torrente sanguíneo, ya sea porque no se produce suficiente cantidad de insulina o porque es imposible aprovechar la insulina con la que se cuenta (Federación Mexicana de Diabetes A.C., 2015).

La carga de morbilidad de la diabetes está aumentando en todo el mundo, y en particular en los países en desarrollo. Las causas son complejas, pero están muy relacionadas con el aumento de la obesidad y la inactividad física. Aunque hay buenas pruebas de que una gran proporción de casos de diabetes y sus complicaciones se pueden prevenir con una dieta saludable, actividad física regular, mantenimiento de un peso corporal normal y evitación del tabaco, a menudo estas medidas no se ponen en práctica; por tal motivo son necesarias acciones coordinadas de política internacional y nacional para reducir la exposición a los factores de riesgo conocidos de la diabetes y mejorar el acceso a la atención y su calidad (OMS/A. Waak, 2014).

Considerada una epidemia mundial, y según la Federación Internacional de la Diabetes en su atlas 7ª. Edición (2015), existen en el mundo 415 millones con Diabetes. Para 2040 esta cifra aumentará a 642 millones. Uno de cada 11 adultos tiene Diabetes en el mundo, lo cual equivale a 415 millones de personas y para este grupo de edad se estima que para el año 2040 un adulto de cada 10, es decir, 642 millones de adultos tendrá Diabetes, se agrega a esto una mayor preocupación ya que se estima que 46.5% de los adultos están sin diagnosticar. En el caso del grupo de niños, se menciona que uno de cada siete nacimientos se ve afectado por la Diabetes gestacional y que 542.000 niños tienen Diabetes tipo 1. En lo general, tres cuartas partes de las personas con diabetes viven en países de bajos y medios ingresos, provocando con ello que cada seis segundos a nivel mundial muere una persona a causa de este padecimiento, es decir alrededor de cinco millones personas al año. Económicamente hablando el gasto mundial en salud que absorbe la Diabetes representa el 12%, 673 billones de dólares. (IFD, 2015). Para la Federación Internacional de la Diabetes, en el año 2015 existían 465 millones de personas con diabetes diagnosticadas en el mundo, siendo los países más afectados en este año son China con 109 millones de personas, la India con 60 millones de personas, Brasil con 14 millones de personas, Estados Unidos de América con 29 millones, Rusia con 12 millones de enfermos, y, según estas tendencias se espera que estos países aumenten sus cifras en los próximos años y que para el 2040 en el mundo existan más de 642 millones de pacientes con diabetes (IFD, 2015).

En México existían para el año 2000 más de 2 millones de pacientes diabéticos, en el 2005 se estimaba que para el año 2025 en México existirán más de 11.7 millones de enfermos diabéticos, (Wild, Roglic, Green, Sicree, y King, 2005) cifra que podría alcanzarse años antes, ya que para el año 2006 ya existían 8 millones de personas con diabetes (FMD, 2015). Y que para el año 2015 se reporta que en México existen 11.463.000 personas. Este aumento ocasionó que nuestro país ocupara el sexto lugar a nivel mundial en prevalencia de esta enfermedad (IFD, 2015). En México, la situación de la diabetes preocupa a todos los sectores de la sociedad, ya que, entre otras causas, el aumento de la enfermedad en nuestro país, va de la mano con el aumento en los factores de riesgo en la aparición de la enfermedad, de los cuales el sobre peso y la obesidad son los más alarmantes. La incidencia y prevalencia de la enfermedad ha generado, que la diabetes, ocupe ya desde hace años el primer lugar como causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres.

Desde la Psicología de la Salud también se han generado explicaciones biopsicosociales de las causas y desarrollo de la diabetes y hasta el cómo generar acciones conjuntas con el equipo de salud para su tratamiento. Como se puede observar en la literatura, existen numerosas investigaciones dirigidas al estudio de la enfermedad crónica, donde hay un amplio consenso sobre las repercusiones psicológicas que ocasiona el estar afectado por una enfermedad como la Diabetes Mellitus y sobre el impacto producto de estos padecimientos, coincidiendo en afirmar que los efectos psicológicos más frecuentes se dan en las áreas emocional y social (Álvarez 2002; Buela-Casal y Cabalo, 1996; Buendía, 1999; De la Fuente, 2002; Lazarus y Folkman, 1991; López de Roda, 1997; Pacheco, 2004; Rolland, 2000; Sarason y Sarason, 2006; Velasco y Sinibaldi, 2001). De acuerdo a algunos autores, la diabetes es desencadenada por problemas psicológicos y estrés emocional, pérdidas parentales y conflictos familiares, Fisher en 1982 (Citado en Pacheco, 2004). Por otro lado, se intentaron encontrar características específicas de quien padece diabetes, lo que dio origen al mito de la personalidad del diabético, y que debido a la falta de apoyo empírico a esta hipótesis, el interés se focalizó en la posibilidad del desarrollo de una personalidad diabética, pero las investigaciones señalan que la persona diabética no es psicológicamente diferente al resto de la población, Portilla y otros en 1991(Citado en Pacheco, 2004). Gran parte de las investigaciones que se han hecho están en función de la influencia de factores tales como: 1.-Problemas físicos asociados a la enfermedad, 2.-Las características de la personalidad del afectado, 3.-El cómo haya afrontado situaciones estresantes previas, 4.-El tipo de recursos sociales que se dispongan.

Considerando que los factores psicológicos son vistos como predictores del nivel de ajuste o deterioro de los pacientes, Anderson en 1985 (Citado en Pacheco, 2004).

Así algunos estudios como los de Lazcano, Salazar, y Vinicio (2008), Lloyd (2008), Ortiz (2006), Pompa y Álvarez (2007) rescatan el papel de los estados emocionales y estilos de afrontamiento; y autores como Sacco y Yanover (2006),

Heisler (2007), Wientjens (2008), Beverly, Miller, y Wray (2008) y Braitman et al. (2008) hablan sobre la importancia de la calidad de vida como una variable importante para el paciente diabético; recientemente la FID (2016) hace énfática la participación de la pareja o la familia como herramienta fundamental ante el cuidado de la Diabetes.

Como punto de partida se debe instrumentar la colaboración horizontal entre los profesionales de la salud (médicos, nutriólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos) donde el quehacer interdisciplinario constituye un elemento clave para diseñar intervenciones potencialmente eficaces en el abordaje de la Diabetes Mellitus tipo 2, un asunto que precisa ser atendido a la brevedad en México es el relativo a qué ha de entenderse por interdisciplinario y qué contribuciones están llamadas a hacer los distintos profesionales de la salud en el ámbito de la rehabilitación.

Para efectos del presente estudio, se estableció como objetivo principal: conocer si existe correlación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en las personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2.

MÉTODO

Participantes

De la población que acude a las diferentes clínicas y hospitales en la ciudad de Zacatecas y su zona conurbada en México, se seleccionó una muestra de personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2, y basándose en el muestreo no probabilístico de tipo intencional, se trabajó con un grupo de mujeres y hombres con un rango de edad de entre 24 y 80 años, que no estuvieran hospitalizadas en la fecha de la entrevista y que además no presentaran complicaciones crónicas como ceguera, amputaciones o algún tipo de hemodiálisis. De esta manera el tamaño de la muestra fue de 233 participantes.

Instrumentos

Para la obtención de los datos iniciales, se diseñó una cedula de entrevista que contenía información de las variables socio-demográficas y también de los antecedentes y recursos para el control y tratamiento de la enfermedad.

Para Afrontamiento, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Bonifacio Sandín y Paloma Chorot del 2003 de 42 ítem, tiene una escala tipo Likert de valor ascendente de “cero” hasta “cinco”, la confiabilidad medida por el alfa de Cronbach osciló de .64 a .92, estos ítem contienen 7 factores que nos permitieron conocer las estrategias de afrontamiento que emplean las personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2, donde cada una de estas estrategias se encuentran intercaladas entre las estrategias centradas en el problema con las estrategias centradas en la emoción.

Para Calidad de Vida, se utilizó la escala de DQOL (Diabetes Quality of Life) versión en español, con una estructura contiene 46 ítem, medidos por una escala tipo Likert

de valor ascendente de “nunca” hasta “todo el tiempo”, permite conocer cuatro de las áreas de la calidad de vida: satisfacción con el tratamiento del enfermos de Diabetes, impacto del tratamiento, preocupación por aspectos sociales y vocacionales y preocupación por efectos futuros. El DQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0.47 a 0.92.

Procedimiento

La recolección de los datos se llevó a cabo haciendo una invitación a los pacientes para participar en el estudio por medio de una carta de invitación y de una carta de consentimiento informado cuando acudieron a consulta de medicina interna o a su chequeo de los niveles de glucosa o a la consulta de rutina programada. Los pacientes que aceptaron participar cubrían los requisitos establecidos. La aplicación de la cedula de entrevista y de los instrumentos fue en forma de entrevista individual en las áreas que se destinaron por los responsables de los consultorios de las clínicas y hospitales localizados en la ciudad de Zacatecas y su zona conurbada. Este estudio se basó en los principios y consideraciones éticas para la investigación establecidas en el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología y en la declaración de Helsinki.

Análisis de datos

En lo referente al análisis estadístico de los datos, se realizaron análisis descriptivos para las variables socio-demográficas y del control y tratamiento de la enfermedad, en cuanto a la relación de las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, se sometieron los datos a la prueba del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r). Ya que el fin fue poder conocer la correlación en los puntajes de los integrantes de la muestra con relación a las dos variables, considerando que dicha prueba si cumplía con los supuestos de las pruebas paramétricas. Por lo que el tipo de estudio fue de tipo correlacional para conocer el grado de relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de las personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2.

RESULTADOS

En primer lugar se detallan las variables socio-demográficas, en segundo lugar, se describen los factores para el control y tratamiento de la enfermedad: antecedentes y recursos que utilizan los participantes la adaptación al padecimiento, para esto, utilizando frecuencias (*Frecc*), porcentajes (%) y medias (\bar{X}), y en tercer lugar, se describen los resultados de las prueba del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r) para revisar la correlación entre las variables principales del estudio.

Tabla 1. Perfil de la muestra

Variable	Frec.	%	
Género	Femenino	154	66.1
	Masculino	79	33.9
Escolaridad:	Primaria	87	37.3
Ocupación:	Hogar	117	50.2
Estado civil:	Casado	155	66.5
Religión:	Católica	214	8.1
Total muestra:	233		

Como se puede observar en la tabla 1, en la muestra de 233 personas con Diabetes Mellitus tipo 2, se distribuyó de la siguiente forma: en género, la mayoría de los pacientes son mujeres (66.1%) y en menor cantidad los hombres (33.9%); con una escolaridad de primaria (37.3%); la mayoría se dedican al hogar (50.2%); en lo que corresponde al estado civil se observa que la mayoría son casadas (66.5%), y de religión católica (98.1%).

Tabla 2. Antecedentes del padecimiento de la Diabetes

Años con Diabetes:	Med. 10.80 Años
Glucemia en Ayunas:	147.50 Mg/d
Promedio de Edad	Med. 8.35 Años

Como se puede observar en la tabla 2, desde que se dio el diagnóstico de diabetes al momento de realizar este estudio, los pacientes llevan conviviendo con el padecimiento un promedio de 10.8 años, por lo que el tiempo posterior con el que contarían para el control y tratamiento del mismo es importante, ya que pueden tener posibilidades reales de adaptarse a la Diabetes.

Con relación al estado actual que tiene la enfermedad, observamos que el nivel de glucemia en ayunas en la muestra refleja que se encuentra por encima de los niveles mínimamente aceptables (147.50 mg/dl), lo cual denota que los cuidados no son los recomendados. Con relación al promedio de edad, se observa que viven con la enfermedad en una edad donde la mayoría de las personas aún cuentan con tiempo de vida laboral, social y familiar funcional (Med. 58.35 años).

Tabla 3. Recursos para el control de la enfermedad

Toma Medicamentos Orales		Realiza la Dieta Recomendada		Realiza Ejercicio y Actividad Física		Frecuencia de Medición de la Glucosa		Se Aplica Insulina						
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Si	221	94.8	Si	117	50.2	Si	143	61.4	Día	28	12.0	Si	70	30.0
No	12	5.2	No	116	49.8	No	90	38.6	Semana	76	32.6	No	163	70.0
Total	233		Total	233		Total	233		Mes	129	55.4	Total	233	
										Total	233			

Los resultados de la tabla 3, y en lo relacionado al control de la Diabetes en los pacientes, se encontró que la prescripción médica que más atienden es la de tomar los medicamentos orales (94.8%). También se observa que en la realización de la dieta

recomendada, el 50.2% dice si llevarla a cabo, lo cual es deficiente, ya que es una actividad clave para el control de los niveles de glucosa. Lo mismo ocurre con otro pilar importante del tratamiento, el realizar ejercicio y actividad física, se muestra que solo el 61.4% lo lleva a cabo, siendo esto un factor de riesgo la adaptación a la enfermedad. Otro de los recursos importantes para el control de su enfermedad, es el de utilizar el medidor de glucosa, se refiere que solo un 12.0% lo lleva a cabo de manera diaria, lo cual es muy poco, ya que este es un recurso importante para el auto monitoreo de los niveles de glucosa. En cuanto al uso de la insulina como apoyo del tratamiento, se encontró que una cantidad muy baja de los participantes (70%) alterna este recurso con el resto de las prescripciones médicas.

Tabla 4. Resultados de la Correlación de Pearson (r) para afrontamiento y calidad de vida

		Satisfacción con el Tratamiento	Impacto del Tratamiento	Preocupación por Aspectos Sociales y Vocacionales	Preocupación por Aspectos Futuros
Apoyo Social	Corr. de Pearson	-.065	.204*	.063	.135
	Sig. (bilateral)	.522	.045	.542	.186
Descarga Emocional Negativa	Corr. de Pearson	.142	.196	-.009	.372**
	Sig. Bilateral	.160	.053	.930	.000
Pasivo-Indefenso	Corr. de Pearson	.197 [†]	.391**	-.129	.373**
	Sig. (bilateral)	.050	.000	.204	.000
Aceptación	Corr. de Pearson	-.311**	-.004	.088	-.064
	Sig. (bilateral)	.002	.972	.386	.532

En la tabla 4 observamos los principales resultados de la prueba estadística el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r), la cual establece que existen correlaciones bajas entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2, los hallazgos principales muestran que son significativas, donde son dos positivas: La primera “Apoyo social” con “Impacto del tratamiento” ($r=.20$; $p<.005$). La segunda: “Descarga emocional negativa” con “Preocupación por aspectos futuros” ($r=.37$; $p<.000$). Y solo una negativa: “Aceptación” con “Satisfacción con el tratamiento” ($r=-.31$; $p<.002$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los resultados se destacan relaciones parciales encontradas, predominan las estrategias de afrontamiento de apoyo social, descarga emocional negativa, pasivo indefenso y aceptación, así mismo predominan los factores de calidad de vida como satisfacción del tratamiento, impacto del tratamiento y preocupación por aspectos futuros. Lo cual muestra una discordancia importante entre los esfuerzos cognitivos y compórtameles que ellos realizan y su poco efecto en la calidad de vida, en nuestros resultados hemos visto que aunque existan estrategias de afrontamiento adaptativas, (apoyo social y aceptación) estas pueden generar en los pacientes una calidad de vida

inadecuada en ellos, tales como un mínimo manejo del impacto del tratamiento y una poca satisfacción con el tratamiento.

De acuerdo al perfil socio-demográfico en general, se observa que la muestra está compuesta mayormente por el género femenino, con ocupación al hogar y con nivel de escolaridad bajo, lo cual coincide con informaciones de instituciones de salud mexicanas donde señalan que la incidencia, la prevalencia y las tasas de mortalidad por diabetes es mayor en mujeres que en hombres (Sistema Nacional de Información en Salud, 2017, NOM-015-SSA2-2010, Encuesta Nacional de Salud, 2016), así mismo, los participantes cuentan con las características necesarias para hacer frente de manera equilibrada y organizada a las exigencias que les genera el curso y desarrollo de la enfermedad, como la compleja y amplia variedad de actividades que deben de desarrollar como parte de su tratamiento, esto se plantea tomando como base que la mayoría de los pacientes cuentan con la edad, el nivel de escolaridad, la fase inicial de la enfermedad y el acceso a instituciones de salud que les puedan proveer de elementos básicos para un mejor manejo de su enfermedad. En cuanto a los antecedentes del padecimiento, se tiene que el promedio de edad de los pacientes es de 58 años, en un rango de los 40 a 65 años, los resultados también arrojan que el promedio de tiempo de padecer diabetes mellitus es de 10.80 años, al analizar el promedio del nivel de glucosa en la muestra se encontró que es de 147.50 mg/dl, el cual está muy por encima de los niveles aceptados como mínimos (100 mg/dl), lo cual permite ubicar con mayor claridad que las diversas conductas, técnicas, y procedimientos que llevan el control y tratamiento de la enfermedad tienen desorganización e irregularidad, ya que no hacen uso adecuado de los diferentes recursos de tratamiento. Consideramos que lo anterior afecta de manera importante la calidad de vida, el ajuste y la adaptación al padecimiento en los participantes, reflejando que no son capaces de satisfacer las demandas que le plantea el padecimiento, siendo insuficiente el manejo integral del padecimiento.

En cuanto al uso de recursos para el control de la enfermedad, observamos que es llevado a cabo de una manera deficiente y no apta para el equilibrio óptimo de la salud en el paciente diabético, ya que no realizan la dieta recomendada, tampoco cumplen con realizar ejercicio o actividad física, además de que no monitorean sus niveles de glucosa y también hacen de lado la utilización de insulina, provocando así que todo el peso del tratamiento sea en el uso de los medicamentos orales, ya sea para reducir los niveles de glucosa en sangre o para aumentar la secreción de insulina, lo cual conlleva una serie de riesgos importantes con la enfermedad. Esto confirma que aun cuando los pacientes cuenten con conocimientos, habilidades y destrezas para controlar su padecimiento, vemos que no lo llevan a cabo de manera adecuada, y que al contrario, prevalece como constante fuerte el déficit en la ejecución del tratamiento prescrito, por tanto, sería posible considerar que la manera en que se les da la información referente al mismo no es la más efectiva tampoco. También sería posible señalar que los participantes conocen tanto la información

como la ejecución de las actividades de autocuidado que requieren para el adecuado manejo de su padecimiento, sin embargo este lo realizan de una manera confusa y desorganizada.

Es importante no dejar de lado que existen reportes e investigaciones que explican sobre las repercusiones psicológicas que provoca una enfermedad crónica como la diabetes, coincidiendo en afirmar que los impactos más frecuentes se dan en diversas áreas psicosociales (Beverly, Miller, y Wray, 2008; Braitman et al., 2008; Lazcano, Salazar, y Vinicio, 2008; Lloyd, 2008; Pacheco, 2004; Pompa y Álvarez, 2007; Rolland, 2000; Velazco y Sinivaldi, 2001; Wild, Roglic, Green, Sicree, y King, 2005). Ante lo cual concluimos, que si bien es cierto de que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, analizan de manera permanente si han orientado sus esfuerzos cognitivos y conductuales (Afrontamiento) y si estos esfuerzo reflejan una buena calidad de vida, observamos que no son apropiadas las conductas o valoraciones cognitivas que hacen sobre la enfermedad, aunque ellos tienen la total independencia y capacidad propia de poder modificar su conducta o estrategia para afrontar su padecimiento y mejorar la calidad de vida, desafortunadamente no lo hacen.

Recomendaciones

Es necesario realizar un trabajo de intervención que tenga como base la edad, el nivel de escolaridad, el desarrollo la enfermedad y el acceso a las instituciones de salud, donde se puedan agrupar pacientes en s grupos de autoayuda respetando sus características y estado de la enfermedad, donde esta dinámica de trabajo les pueda proveer conocimiento y educación de padecimiento de acuerdo al estado de la enfermedad y al perfil de los pacientes. Otro de los aspectos imprescindibles es el de realizar campañas de información a través de programas de trabajo interdisciplinarios orientados hacia el indicador más objetivo del estado que guarda enfermedad: El nivel de glucosa, donde en el grupo de pacientes, este se encuentra por encima de lo aceptado, ante lo cual es necesario hacerles saber que este debe ser revisado de una a tres veces al día si es posible, ya sea con el glucómetro o en la clínica de salud, este nivel debe estar cerca de los 100 mg/dl, fuera de este, se puede presentar hiperglucemia o hipoglucemia, los programas de promoción del auto monitoreo deben ser amplios y contundentes dentro de las instituciones de salud, haciendo hincapié en los beneficios de este y de las consecuencias de no realizarlo de manera debida. En cuanto a las prescripciones médicas, es necesario desarrollar acciones inmediatas desde el trabajo interdisciplinario, enfocadas a que los pacientes sean capaces de dar una mayor atención para manejar de mejor forma los recursos de tratamiento que existen, también hacer hincapié dentro de la educación y tratamiento de los pacientes sobre la importancia de realizar equilibrada y organizadamente los planes alimenticios saludables, el consumo responsable de medicamentos, la realización de actividad física, y

el auto monitoreo de los niveles de glucosa, lo cual se puede generar a través de estrategias más efectivas por parte de los profesionales de la salud.

Surge así, desde nuestro punto de vista, la más importante recomendación ante estos primeros puntos, y que la consideramos como una de las maneras más básicas y centrales al momento de trabajar con los pacientes con Diabetes Mellitus tipo2, que es la del trabajo de educación tanto a nivel preventivo como de tratamiento, desde el equipo de profesionales de la salud (médicos, endocrinólogos, internistas, enfermeras, nutriólogos, psicólogos), el objetivo principal es que los pacientes puedan adquirir una adaptación a la enfermedad apoyándose en estrategias de intervención adecuadas al perfil de la población, considerando siempre que las instituciones puedan desarrollarlo, con sus recursos humanos e infraestructura disponible, lo anterior para tratar de alcanzar el efecto deseado inmediato en lo pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Una adecuada adherencia al tratamiento, un estado de bienestar físico, psicológico y social favorable, lo cual denotaría un afrontamiento adaptativo que se reflejaría en una mayor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Benítez, J., Bellanco, P., Machuca, M., Flores, E., Pérez-Eslava, M., y Acosta, L. (2015). Influencia del nivel de formación académica en estudio de intervención de mayores diabéticos de Cádiz. *European Journal of Health Research*, 1(1), 27-36.
- Benítez, J., Flores E., Bellanco, P., Machuca, M., Pérez-Eslava, M., y Acosta, L. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 79-88.
- Braitman, A., Derlega, V., Henson, J., Robinett, I., Saadeh, G., Janda, L., Hixon, M., y Miranda, J. (2008). Social Constraints in Talking About Diabetes to Significant Others and Diabetes Self-Care: a Social-Cognitive Processing Perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(9), 949-969. Consultado en base de datos Academic Research Library.
- Buela-Casal, G., Cabalo, V., y Sierra, J. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Coyotl, E. et al. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2), 51-61.
- Federación Internacional de Diabetes (2015). *Atlas de la Diabetes 7ª. Edición*. Consultado en enero de 2016 disponible en <http://www.diabetesatlas.org/>
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2015). *Información general de la diabetes*. Disponible: <http://fmd diabetes.org/category/abc-diabetes/que-es-diabetes/>
- Gañan, Á., y Villafruela, I. (2015). El ocio, tiempo libre y calidad de vida para un envejecimiento activo, el caso de la Universidad de Burgos. (2015). *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(1), 75-87.
- Heisler, M. (2007). Overview of Peer Support Models to Improve Diabetes Self-Management and Clinical Outcomes. *Diabetes Spectrum*, 20(4), 214-221. Consultado, de la base de datos ProQuest Nursing & Allied Health Source.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta nacional de salud*. Consultado en Mayo, 17, 2017. Disponible en <http://www.insp.mx/ensa/2016>.

- Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). (Traducido por M. Zaplan). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones roca. (Original publicado en 1984).
- Lloyd, C. (2008). Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes. *Diabetes Voice*, 53(1), 23-26. Disponible en: <http://www.diabetesvoice.org/es/articles/los-efectos-de-la-diabetes-sobre-la-Depresión-y-de-la-depresion-sobre-la-diabetes-0>.
- Parra-Rizo, M. (2017). Componentes de influencia más valorados en la calidad de vida por las personas mayores de 60 años físicamente activas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 7(3), 135-144.
- Pacheco, P. (2004). *Factores psicológicos en las enfermedades crónicas*. Consultado en Septiembre, 2004. Disponible en http://www2.udec.cl/~papachec/fact_psic_en_las_enf.htm.
- Ruiz, M., Martínez, E., López, M., y Fernández, A., (2016). Evaluación de los estilos de afrontamiento utilizados en cuidadores familiares de enfermos crónicos complejos. *European Journal of Health Research*, 2(3), 83-93.
- Sacco, W., y Yanover, T. (2006). Diabetes and Depression: The Role of Social Support and Medical Symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6).
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. 2000. NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México, Diario Oficial de la Federación. Agosto 2017.
- Serdà i Ferrer, B., y del Valle Gómez, A. (2016). Dinámica de la calidad de vida en el cáncer. *European Journal of Health Research*, 2(3), 105-113.
- Sistema Nacional de Información en Salud (2016). *Anuario estadístico*. Consultado el 12 de agosto del 2017 en <http://sinais.salud.gob.mx/publicaciones/publicaciones.htm>
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., y King, H. (2005). Global Prevalence of Diabetes, Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5). Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/27/5/1047>

Recibido: 21 de noviembre de 2017

Recepción Modificaciones: 27 de diciembre de 2017

Aceptado: 11 de enero de 2018