



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 2

Junio de 2015

LA FELICIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA ADHERENCIA HACIA LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II

César Molina Codecido¹, Tania Rosales Rebolledo², Paula Pavez Salinas³ y Pablo Vera-Villaruel⁴
Universidad de Santiago de Chile
Santiago. Chile

RESUMEN

Los índices de enfermedades crónicas, tales como la diabetes, han aumentado alrededor del mundo. Por este motivo, la adherencia a los tratamientos resulta importante para mantener una buena calidad de vida. En este sentido, el presente trabajo identificó factores protectores y de riesgo, a nivel psicosocial, para descubrir su nivel de asociación con la adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes diabéticos adherentes y no adherentes. El diseño de investigación fue correlacional predictivo y se midieron las variables a partir de diferentes cuestionarios de autorreporte aplicados a una muestra de 100 pacientes diabéticos cuyas edades fluctuaron entre los 18-85 años. Los resultados indicaron que la ansiedad rasgo es un factor protector hacia la adherencia, mientras que la depresión y la felicidad son factores de riesgo estadísticamente significativos. Se recomienda realizar nuevos estudios en torno a la ansiedad rasgo como posible factor protector e investigar acerca de la influencia de un contexto específico sobre una determinada variable.

¹ Docente en Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: cerro.molina@gmail.com

² Psicóloga con Diplomado en Psicología Clínica. Complejo Hospitalario San José. Correo electrónico: taniarosales.r@gmail.com

³ Docente en Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: paulaa.pavez@gmail.com

⁴ Docente en Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: pablo.vera@usach.cl

Palabras clave: *Diabetes, factores psicosociales, ansiedad rasgo, felicidad, depresión.*

HAPPINESS AS A RISK FACTOR FOR ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS II

ABSTRACT

The rates of chronic diseases such as diabetes, have increased worldwide. Therefore, adherence to treatment is important to maintain a good quality of life. In this sense, the present paper identified risk and protective factors at a psychosocial level, to discover the level of association with adherence to treatment in a group of diabetic, adherent and non-adherent patients. The research design was correlational and the predictive variables were measured from different self-report questionnaires applied on a sample of 100 diabetic patients whose ages fluctuated between 18-85 years. Results indicated that trait anxiety is a protective factor to adherence, whereas depression and happiness are statistically significant risk factors. It is recommended further studies regarding trait anxiety as a possible protective factor and investigate the influence of a specific context on a particular variable.

Keywords: Diabetes, psychosocial factors, trait anxiety, happiness, depression.

Las enfermedades crónicas no transmisibles en el año 2001 registraron alrededor del 60% de las 56,5 millones de defunciones en el mundo y un 46% como carga mundial de morbilidad, estimándose para el año 2020 un porcentaje del 57% (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003, 2008).

De acuerdo al estudio Global Health Risks de la OMS (2009a), se ha descubierto que los principales responsables de elevar el riesgo de enfermedades crónicas tales como cardiopatías, diabetes y cáncer son la presión arterial elevada (responsable del 13% de las muertes a nivel mundial), los niveles altos de glucemia (6%), inactividad física (6%), el sobrepeso y la obesidad (5%).

En Latinoamérica la diabetes como enfermedad crónica prevalece en países como Brasil (12,4 millones de personas), seguido por Colombia, Venezuela y Argentina (International Diabetes Federation [IDF], 2011), mientras que en Chile existe una prevalencia de un 9,4% en adultos (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010).

Investigaciones realizadas en este ámbito indican un efecto negativo en la calidad de vida de las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad (OMS, 2009b; Robles, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez y Nicolini, 2003), sin embargo, otras investigaciones señalan que si bien las personas perciben un efecto negativo en su calidad de vida, a pesar de tener la opción de mejorar esto a partir de tratamientos especializados, éstas no lo realizan (Samaniego y Álvarez, 2006) debido generalmente a criterios culturales, tales como la alimentación o las creencias con respecto a la enfermedad (Cardoso, 2006).

Este cuestionamiento es uno de los problemas más importantes con que tropiezan los profesionales de la salud debido al no cumplimiento de las prescripciones médicas por parte de los pacientes con un 40% de no adherencia en pacientes que no cumplen las recomendaciones terapéuticas y un 45% en el caso de las enfermedades crónicas (Martín y Grau, 2005; Ortiz y Ortiz, 2007). Ante esto se presenta la ineficacia del tratamiento asignado, generando un aumento de la morbilidad y mortalidad, además de aumentar los costos de la atención general en los sistemas de salud, tanto en el tratamiento como en las secuelas debido a la falta de adherencia, tales como pérdida de productividad, pensiones por invalidez o costos de rehabilitación (Martín y Grau, 2005; Martín, 2006; Ortiz y Ortiz, 2005; OMS, 2004).

De esta forma el comprender el papel que juegan los factores psicosociales, ya sea como riesgo o protectores, permitirá desarrollar desde la salud pública estrategias con mayor claridad y eficacia enfocadas a la prevención y promoción de la salud en los/as pacientes con diabetes, llegando en algunos casos a influir en gran parte sobre los síntomas presentados (Argyle, 2003; Orejudo y Froján, 2005).

Asimismo, el realizar un análisis acerca del nivel de asociatividad de ciertas variables en la adherencia hacia los tratamientos permitirá conocer factores que fomentarán una mayor o menor adherencia.

Al respecto, existen diversas investigaciones donde que indican como factor protector la presencia del optimismo en situaciones estresantes (López, Kasanzew, López, 2007; Rand, 2009; Remor, Amorós, y Carrobles, 2006), al igual

como lo que ocurre con la felicidad (Arita, 2005; Argyle, 2003; Barrera, 2000; Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007; Moyano y Ramos, 2007), y el apoyo social (Hoard y Anderson, 2004; Martín y Grau, 2005; Sacco y Yanover, 2006; Torres y Piña, 2010; Westaway, Seager, Rheeder y Van Zyl, 2005), sin embargo, estas dos últimas variables han tenido sus excepciones en algunas investigaciones (Grigg, et. al., 2006).

Por otra parte, existen estudios que señalan la depresión como factor de riesgo (An et. al., 2010; OMS, 2006; Ciechanowski, Katon y Russo, 2000; Everson-Rose y Lewis, 2005; Friedman, Brown y Romero, 2005; Katon et. al., 2009; Lin et. al., 2004; Schmitz et. al., 2011; Satyanarayana, et al., 2009; Waitzfelder et. al., 2010), junto con la ansiedad (Arrivillaga, López y Ossa, 2006; Becoña, Vásquez y Oblitas, 2004; Howren y Suls, 2011; Martín, Riquelme y Lechuga, 2007; Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006; Spielberg 1979; Varela, Salazar y Correa, 2008). Ahora bien, existen investigaciones donde se señala que la variable sexo vendría dada como un factor protector o de riesgo dependiente del tipo de tratamiento a seguir (Adisa, Alutundu y Fakeye, 2009; Sekine, Chandola, Martikainen, Marmot y Kagamimori, 2010; Sierra y Buela-Casal, 2003).

Sin embargo, existen investigaciones donde se logra observar que las variables no se encuentran determinadas inherentemente de manera positiva o negativa, sino más bien es una interacción entre las características psicológicas de una persona junto con el contexto en el cual se desempeña (McNulty y Fincham, 2012). Por ejemplo, existen estudios donde la presencia del perdón en parejas con violencia doméstica se relaciona con una mayor probabilidad de volver con sus abusadores (Gordon, Burton, y Porter, 2004), mientras que en otra investigación, a medida que menos perdonaba la persona abusada, había una disminución en la frecuencia de agresión psicológica y física, mientras que las personas que perdonaban más, tenían niveles equivalentes o superiores a las situaciones de agresión anteriores (McNulty, 2010).

El hecho que las variables no tengan una cualidad positiva o negativa por sí misma también se observa en investigaciones relacionadas con el optimismo (Gibson y Sanbonmatsu, 2004; Isaacowitz y Seligman, 2002), la benevolencia

(Pape y Arias, 2000; Truman-Schram, Cann, Calhoun, y Vanwallendael, 2000), la amabilidad, donde la falta de esta última variable reportaba beneficios para las relaciones de pareja (Heavey, Layne, y Christensen, 1993; Karney y Bradbury, 1997), o la ira (Pérez-Pareja, Sesé, Romo, Palmer y Tomás, 2010), donde sujetos que presentaban dicha variable en un tratamiento para dejar de fumar tenían mayores probabilidades de cesar el consumo.

De este modo, el objetivo principal de esta investigación es analizar la asociación entre las variables sexo, optimismo, felicidad y apoyo social como factor protector o la depresión, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo como factor de riesgo, considerando como contexto la adherencia hacia los tratamientos de un grupo de pacientes con diabetes.

MÉTODO

Diseño

El diseño de investigación fue de tipo no experimental, de corte transeccional y de carácter predictivo correlacional.

Participantes

Los participantes fueron extraídos de una población total de 1000 usuarios/as diabéticos provenientes de la Unidad de Diabetes de un Centro de Salud Pública, mientras que la muestra estuvo constituida por un total de 100 personas, las cuales se clasificaron en un grupo de personas adherentes a los tratamientos y otro de personas no adherentes, considerando para este hecho un autorreporte contestado por los/as participantes. Los integrantes de la muestra se encontraban en un rango etéreo entre 20-85 años, siendo requisito haber tenido al menos un año con diagnóstico y tratamiento de diabetes. El carácter de la muestra fue de índole no probabilística, existiendo un tipo de muestreo intencionado.

Procedimiento

En un inicio se contactó con la encargada de la Unidad de Diabetes del Centro de Salud Pública para llevar a cabo la investigación. Posteriormente se comenzó a seleccionar los pacientes y se les hizo entrega de un consentimiento informado que explicaba las características de la investigación y los aspectos éticos

involucrados para más tarde entregárseles una batería de cuestionarios que consideraban las variables psicosociales señaladas. Una vez finalizada esta etapa se analizaron los resultados mediante el Programa Estadístico SPSS 15.0 para realizar una regresión logística que diera cuenta de los factores de riesgo asociados a las diversas variables estudiadas.

Las Variables que se consideraron para la investigación fueron:

Adherencia: refiere a “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (Hernández y Grau, 2005, p. 573).

Apoyo Social: refiere a las personas más significativas y cercanas al paciente y que le pueden reforzar y facilitar los cambios en su estilo de vida o en su régimen médico prescrito (Martín y Grau, 2005).

Depresión: Se define como el experimentar una falta de interés y placer en las actividades cotidianas, pérdida significativa de peso o ganancia, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva (American Psychological Association [APA], 2012).

Optimismo disposicional: Es cuando el individuo posee expectativas positivas frente a los hechos, con lo cual daría cuenta de una mayor cantidad de éxitos que de fracasos ante los eventos que están por llegar (Scheier y Carver, 1987).

Sexo: Condición genética que distingue morfológicamente al hombre de la mujer (Gauthier, 1998).

Ansiedad: La ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y por cambios a nivel fisiológico como la presión sanguínea (APA, 2012).

Felicidad: Se define como “la persona que disfruta de satisfacciones frecuentes al lograr los objetivos que se ha formulado... [teniendo] la oportunidad de disfrutar buenos momentos y, excepcionalmente, debe enfrentar situaciones no deseadas” (Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007, p.315).

Instrumentos

Autorreporte: Cuestionario elaborado con dos apartados, uno con preguntas de identificación sociodemográfica y otro con preguntas enfocadas hacia la

adherencia al tratamiento que posee el paciente con diabetes. La elaboración fue realizada por los mismos investigadores.

Inventario de Depresión de Beck: Consiste en un instrumento de autoinforme de 21 ítems destinados a evaluar la existencia y gravedad de sintomatología depresiva de acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) con una confiabilidad del 0,86 para poblaciones no psiquiátricas (Beck, Steer, y Harbin, 1988).

MOS Social Support Survey: Este cuestionario explora las relaciones familiares y no familiares. Señala la manera en cómo se asocian este tipo de vínculos a la forma que tiene el individuo de afrontar los problemas en su cotidiano. La fiabilidad test-retest corresponde a un 0,78 (Sherbourne y Stewart, 1991). Esta prueba ha sido utilizada en otras investigaciones chilenas (Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008), sin embargo no cuenta con una validación en el contexto chileno actual, encontrándose una validación en otros países de habla hispana como Argentina y España (De La Revilla, Luna, Bailón, y Medina, 2005; Rodríguez y Enrique, 2007).

Test de Orientación Vital Vital-LOT: Esta prueba fue desarrollada para evaluar las diferencias individuales entre optimismo generalizado contra pesimismo (Scheier, Carver y Bridges, 1994). En el contexto chileno este cuestionario posee una validación con una consistencia interna de 0,65, la que muestra un grado de similitud con lo evidenciado en otros países latinoamericanos (Vera-Villaruel, Celis-Atenas y Córdova-Rubio, 2009).

Escala de felicidad general: Esta escala está diseñada a partir de 4 afirmaciones siendo sugerida para grupos de cualquier edad, etnia, ocupación e idioma (Lyubomirsky y Lepper, 1999). Posee validación a nivel chileno, con una consistencia interna del 0,85, que da cuenta de un buen nivel de confiabilidad (Hernández, 2007).

Escala Estado-Rasgo de ansiedad STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970): Cuestionario que describe dos tipos de ansiedad, una dada por la situación emocional, física y cognitiva del sujeto (Ansiedad Estado), mientras que la otra está dada por las características personales que permiten al sujeto atribuir ciertos

hechos como ansiógenos (Ansiedad Rasgo). Este cuestionario cuenta con adaptación a la población chilena, teniendo una consistencia interna en ansiedad-rasgo que varía entre los 0,87, mientras que para ansiedad-estado es de un 0,92 (Vera-Villarroel, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Buela-Casal y Spielberger, 2007).

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos a partir del grupo de pacientes diabéticos:

Tabla 1. Frecuencia de adherencia en la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
No adherente	60	60
Adherente	40	40
Total	100	100

En la Tabla 1 se puede observar la cantidad de participantes en cada grupo, por lo que se puede apreciar una mayor cantidad de pacientes no adherentes en comparación a los adherentes.

Tabla 2. Cantidad de participantes por sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	26	26
Mujer	74	74
Total	100	100

En la Tabla 2 se aprecia la cantidad de hombres y mujeres al interior de la muestra. En este sentido, se evidencia un número mucho mayor de mujeres que de hombres.

2. Modelo Predictivo.

Tabla 3. Variables predictoras en la ecuación OR.

		Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Paso 1(a)	Sexo(1)	,185	,667	,794	,278	2,270
	Optimismo	1,215	,270	1,096	,931	1,289

Felicidad	3,629	,057	1,873	,982	3,573
Depresión	5,285	,022*	1,106	1,015	1,205
Ansiedad_Estado	,129	,720	1,010	,956	1,067
Ansiedad_Rasgo	6,698	,01*	,911	,849	,978
Apoyo_Social	,121	,728	,995	,966	1,024

*: Significancia al 0,05

En la Tabla 3 se muestran los puntajes Odds Ratio obtenidos por cada variable, su predictibilidad, su significancia estadística e intervalo de confianza con un $p < 0,05$. Además, se observan las variables analizadas en base al nivel de asociatividad estadísticamente significativo que poseen con respecto a la adherencia hacia los tratamientos. Las variables de Ansiedad Rasgo y Depresión se indican como factores de protección y de riesgo respectivamente.

Tabla 4. Resumen de las Variables predictoras en la ecuación OR.

		Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Paso 6(a)	Felicidad	4,298	,038*	1,945	1,037	3,649
	Depresión	5,700	,017*	1,105	1,018	1,200
	Ansiedad_Rasgo	8,332	,004*	,915	,862	,972

*: Significancia al 0,05

La Tabla 4 muestra un segundo análisis donde las tres variables que poseen un nivel estadísticamente significativo para señalar un grado de asociatividad, para la adherencia hacia los tratamientos, son Ansiedad Rasgo como factor protector y Depresión junto con Felicidad como factores de riesgo.

De este modo se puede decir que en un primer momento de la investigación el modelo se ajustó a los datos debido a que las variables predictivas explicaban el 27,1% de la varianza de la variable criterio en base al R^2 Corregido de Nagelkerke, lo que lleva a aceptar formalmente el buen ajuste del modelo, evidenciando que existe una correlación moderada ($r = 0,52$) entre todas las variables predictoras y la adherencia. Por otro lado, la Prueba de Hosmer Lemeshow señala que modelo predictivo es adecuado con un 14% de significancia, indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las clasificaciones observadas y

las predichas. El modelo resultante demuestra una adecuada especificidad (80%) y sensibilidad (57,5%), es decir, que clasifica correctamente a aquellas personas que efectivamente no presentan adherencia, como a aquellas personas que sí tienen el atributo. Igualmente se observa un adecuado potencial global (71%), es decir que existe buena capacidad predictiva global del modelo. Por último, también se observó que las variables predictivas no fueron significativas en su mayoría, sin embargo, aparecen en primera instancia dos variables en la investigación que sí lo son (Depresión: OR= 1,106, W=5,285, P=0,02, IC= 1,015 – 1,205; Ansiedad Rasgo: OR=0,911, W=6,698, P=0,01, IC= 0,849 – 0,978). No obstante, en un segundo análisis del Modelo Predictivo se observó que al interactuar sólo tres variables se daba una situación similar salvo por un R^2 Corregido de Nagelkerke del 25,3% (con correlación moderada ($r = 0,5$)) y la Prueba de Hosmer Lemeshow (83,1% de significancia), indicando a la variable felicidad como factor de riesgo (OR= 1,945, W=4,298, P=0,038, IC= 1,037 – 3,649)

DISCUSIÓN

Al considerar los resultados es posible señalar que el número de participantes no adherentes corresponden al 60%, número que supera el 40-45% esperado a la hora de hablar de enfermedades crónicas (Martín y Grau, 2005; Ortiz y Ortiz, 2007).

Las variables Optimismo, Sexo, Ansiedad Estado y Apoyo Social no presentaron una asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica. Estos hallazgos difieren con lo planteado en otras investigaciones donde Optimismo y Apoyo social se presentan como factores que aumentan la calidad de vida de manera estadísticamente significativa (Martín y Grau, 2005; Rand, 2009; Remor, Amorós, y Carrobles, 2006; Torres y Piña, 2010; Vera-Villarroel, Celis-Atenas y Córdova-Rubio, 2009).

Este hecho ocurre de modo similar con las variables Ansiedad Estado y Sexo, las cuales en otras investigaciones aparecen como factores que podrían influir negativamente en la adherencia a los tratamientos y la salud de la población (Adisa, Alutundu y Fakeye, 2009; An et. al., 2010; Martín et. al, 2007; Piqueras, et.

al., 2008; Waitzfelder et. al., 2010), lo cual no se indica en esta investigación a nivel estadísticamente significativo.

Por otro lado, si bien en la felicidad no se encontró en primera instancia una asociación estadísticamente significativa con la adherencia, es preciso señalar que, en un segundo análisis, al interactuar esta variable sólo con Ansiedad Rasgo y Depresión si logra una significancia a nivel estadístico, lo cual podría dar cuenta que esta variable se presenta como un factor de riesgo ante la adherencia (OR= 1,945, W= 4,298, P=0,038, IC= 1,037 – 3,649).

La felicidad como factor de riesgo se explica mediante los planteamientos de Grigg et. al. (2006), donde señala que probablemente los pacientes diabéticos al estar felices con su situación actual de vida no se sentirían motivados a realizar comportamientos que modifiquen esa situación, lo cual concuerda con la idea de que una determinada variable no posee una cualidad positiva per se (en este caso, la felicidad), sino que la posee de acuerdo a la situación en la que se encuentre la persona (McNulty y Fincham, 2012), por lo que en un contexto de enfermedad puede tener consecuencias negativas para el sujeto. Este hecho contrasta con lo que plantea la teoría donde la felicidad se plantea como factor protector en ciertas enfermedades tales como la depresión (Moyano y Ramos, 2007). Aún así, si se observa el planteamiento de Barrera (2000), con respecto a la felicidad, se puede evidenciar que la persona no adherente, al encontrarse tranquila realizando sus actividades diarias -junto con la disminución de sentimientos negativos-, no tendría necesidad de cambiar sus hábitos que le permiten mantener su bienestar inmediato.

Por otra parte, de acuerdo a lo presentado en la variable depresión, se puede observar que su presencia en pacientes con diabetes es asociada a un factor de riesgo para llevar a cabo el tratamiento. Esta situación es similar a la evidenciada por Ciechanowski, Katon y Russo (2000), en torno a la asociación entre los síntomas depresivos y la baja adherencia al régimen alimenticio, físico y medicamentoso, o debido a la falta de ajuste emocional que produce esta enfermedad (Arrivillaga, López y Ossa, 2006; Everson-Rose y Lewis, 2005; Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006; Satyanarayana, et al., 2009).

En cuanto a la Ansiedad Rasgo puede señalarse que su presencia se asocia a un factor protector de la adherencia hacia el tratamiento de la diabetes. Cabe destacar que las diferencias en cuanto a la magnitud de asociatividad que tiene a diferencia de la Ansiedad Estado se debe a sus características, ya que la variable Ansiedad Estado se relaciona con el nivel de ansiedad del paciente en el momento actual, mientras que la Ansiedad Rasgo se vincula a los niveles de ansiedad basales que poseen las personas (Sánchez et. al., 2006). De este modo, puede explicarse el hecho que ambas variables si bien forman parte de la categoría Ansiedad, hayan tenido diferentes resultados.

Este suceso es interesante al contrastarlo con otras investigaciones, donde altos índices de ansiedad producen estresores que afectan el autocuidado del paciente con enfermedad crónica, lo que puede causar una despreocupación en esta área producto de niveles altos de ansiedad (Arrivillaga, López y Ossa, 2006; Martín, Riquelme y Lechuga, 2007; Piqueras, et. al., 2008).

Sin embargo, al observar los criterios que posee la ansiedad en sí, se señala un pensamiento de preocupación que genera una acción de respuesta hacia el entorno, tal como lo que ocurre en situaciones relacionadas con la autoeficacia y los aspectos positivos orientados a la adherencia o a respuestas adaptativas en el medio (Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal, Polania y Rodríguez, 2005; Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; Spielberger, 1979), por lo cual existen elementos adaptativos para la adherencia a los tratamientos. Este hecho contrastaría con lo evidenciado en la variable felicidad, donde el elemento de tranquilidad podría estar dando cuenta de una menor preocupación por parte del paciente hacia el tratamiento. En este aspecto, de acuerdo a los planteamientos de McNulty y Fincham (2012), ambas variables se encuentran determinadas bajo las características de la persona junto con el contexto en el cual se encuentra.

Ahora bien, el hallazgo de Howren y Suls (2011), permite explicar por qué la depresión se sitúa como un factor de riesgo mientras que la ansiedad rasgo lo es como factor protector, ya que un paciente diabético con depresión presta mayor atención a síntomas anteriores, con lo cual descuida su situación actual, mientras que el paciente diabético con ansiedad rasgo, al estar dando cuenta de su

condición actual, tiene un mayor control de sus síntomas presentes, lo que le permite obtener un mayor cuidado con respecto a su salud.

Por otro lado, a lo largo de esta investigación se puede señalar como limitación el tamaño de la muestra. Si bien el tamaño es adecuado para la cantidad de variables analizadas, es recomendable considerar un número más amplio de participantes en futuras investigaciones para contrastar resultados.

A modo de proyección se puede señalar el profundizar en los factores que se asocian a la adherencia hacia los tratamientos, tales como la calidad de vida. Por otro lado, ahondar en las propiedades de la variable ansiedad rasgo como factor protector o la felicidad como factor de riesgo, junto con estudiar las variables positivas en diferentes contextos, es un aspecto necesario para analizar el contraste que presenta una variable en un ambiente distinto.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos al Psicólogo Óscar Ortiz por su valiosa ayuda en los análisis estadísticos efectuados durante esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adisa, R., Alutundu, M. y Fakeye, T. (2009). Factors contributing to nonadherence to oral hypoglycemic medications among ambulatory type 2 diabetes patients in Southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice*, **7**(3), 163-169.
- An, P., Lucas, M., Qi, S., Van Dam, R., Franco, O., Manson, J., Willett, W., Ascherio, A. y Hu, F. (2010). Bidirectional Association Between Depression and Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *Archives of Internal Medicine*, **170**(21), 1884-1891.
- Argyle, M. (2003). "Causes and correlates of happiness". En Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N. (Eds.). *Well-being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.
- American Psychological Association [APA] (2012). *Encyclopedia of Psychology*. Washington: APA.
- Arita, B. (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, **14**, 73-79.
- Arrivillaga, M., López, J. y Ossa, A. (2006). Ansiedad, Depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. *Pensamiento Psicológico*, **2**(7), 55-71.
- Barrera, L. (2000). *Claves del optimismo*. Madrid: Libro-Hobby-Club.
- Beck, A., Steer, R. y Harbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, **8**(1), 77-100.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). *Promoción de los estilos de vida saludables*. Extraído en <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.html>
- Cardoso, M. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. Cultura, dieta y diabetes. *Cuicuilco*, **13**(37), 129-142.
- Ciechanowski, P., Katon, W. y Russo, J. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, **160**(21), 3278-3285.
- Contreras, F., Espinosa, J., Esguerra, G., Haikal, A., Polania, A. y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: perspectivas en psicología*, **1**(2), 183-194.

- De La Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. **Medicina de Familia (And)**, **6**(1), 10-18.
- Everson-Rose, S. y Lewis, T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. **Annual Review Public Health**, **26**, 469-500.
- Friedman, L., Brown, A. y Romero, C. (2005). Depressed mood and social support as predictors of quality of life in women receiving home health care. **Quality of Life Research**, **14**(8), 1925-1929.
- Garmendia, M. Alvarado, M, Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. **Revista médica de Chile**, **136**(2), 169-178. doi: 10.4067/S0034-98872008000200005
- Gauthier, L. (1998). Heterosexualidad, homosexualidad y cosas entre medio. Memorias IX CLASES. México: Femess-Flases.
- Grigg, A., Thommasen, H., Tildesley, H. y Michalos, A. (2006). Comparing self-rated health, satisfaction and quality of life scores between diabetics and others living in the bella coola valley. **Social Indicators Research**, **76**(2), 263-281. doi: 10.1007/s11205-004-6609-2.
- Gibson, B. y Sanbonmatsu, D. (2004). Optimism, pessimism and gambling: The downside of optimism. **Personality and Social Psychology Bulletin**, **30**(2), 149-160. doi: 10.1177/0146167203259929.
- Gordon, K., Burton, S. y Porter, L. (2004). Predicting the intentions of women in domestic violence shelters to return to partners: Does forgiveness play a role? **Journal of Family Psychology**, **18**(2), 331-338. doi: 10.1037/0893-3200.18.2.331.
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F. y Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. **Revista Latinoamericana de Psicología**, **39**(2), 311-325.
- Howren, M. y Suls, J. (2011). The Symptom Perception Hypothesis Revised: Depression and Anxiety Play Different Roles in Concurrent and Retrospective Physical Symptom Reporting. **Journal of Personality and Social Psychology**, **100**(1), 182-195.
- Hernández, P. (2007). **Propiedades Psicométricas de la Escala General de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999)**. Tesis para optar al título de Psicólogo en la Mención Clínica no publicada, Universidad Santiago de Chile, Santiago, Chile.

- Hernández, E. y Grau, J. (eds) (2005). **Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones**. México: Ed. Universidad de Guadalajara.
- Hoard, L. y Anderson, E. (2004). Factors related to depression in rural and urban noncustodial, low-income fathers. **Journal of community psychology**, **32**(1), 103-119.
- Heavey, C., Layne, C. y Christensen, A. (1993). Gender and conflict structure in marital interaction: A replication and extension. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **61**(1), 16-27.
- International Diabetes Federation [IDF] (2011). **Diabetes on the increase but health expenditures remain low**. Extraído en [http://www.idf.org/sites/default/files/ attachments/SACA-Press-Release-WDD.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/SACA-Press-Release-WDD.pdf)
- Isaacowitz, D. y Seligman, M. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. **International Journal of Aging and Human Development**, **54**(3), 233-253.
- Katon, W., Russo, J., Lin, E., Heckbert, S., Karter, A., Williams, L., Ciechanowski, P., Ludman, E. y Von Korff, M. (2009). Diabetes and poor disease control: is comorbid depression associated with poor medication adherence or lack of treatment intensification?. **Psychosomatic Medicine**, **71**(9), 965-972.
- Karney, B. y Bradbury, T. (1997). Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction. **Journal of Personality and Social Psychology**, **72**(5), 1075-1092.
- Lin, E., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E., Bush, T. y Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. **Diabetes Care**, **27**(9), 2154-2160.
- López, A., Kasanzew, A. y López, M. (2007). Efectos terapéuticos positivos a través del aumento del optimismo. **Ciencias Psicológicas**, **1**(2), 179-188.
- Lyubomirsky, S., y Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. **Social Indicators Research**, **46**(2), 137-155.
- Martín, L. y Grau, J. (2005). "La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud". En Hernández, E. y Grau, J. (eds). **Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones** (pp. 567-589). México: Ed. Universidad de Guadalajara.

- Martín, M., Riquelme, A. y Lechuga, M. (2007). Factores Psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud*, **17**(1), 63-68.
- Ministerio de Salud (2010). **Encuesta Nacional de Salud 2009-2010**. Extraído el 4 Diciembre, 2010 de <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99c12b89738d80d5e04001011e0113f8.pdf>
- Ministerio de Salud (2010). **Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación final del periodo, grado de cumplimiento de objetivos de impacto**. Extraído el 4 Septiembre, 2010 de <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/8f25c1f0b06d303fe04001011e014be4.pdf>
- McNulty, J. y Fincham, F. (2012). Beyond Positive Psychology? Toward a Contextual View of Psychological Processes and Well-Being. *American Psychologist*, **67**(2), 101-110.
- McNulty, J. (2010). Forgiveness increases the likelihood of subsequent partner transgressions in marriage. *Journal of Family Psychology*, **24**(6), 787-790.
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum*, **22**(2), 177-193.
- Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente [online]. *Revista Cubana Salud Pública*, **32**(3). Extraído de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21420864013>
- Orejudo, S. y Froján, M. (2005). Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, **21**(2), 276-285.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003). **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. OMS, Serie de Informes Técnicos 916**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). **Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). **Adherente to long-term therapies. Evidence for action**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008) **Las enfermedades no transmisibles ya son las que más víctimas causan en el mundo.** Extraído el 9 Noviembre, 2010 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2009a). **Global Health Risks.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2009b). **Diabetes.** Extraído de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. **Revista Médica de Chile, 135**(5), 647-652.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. **Revista Médica de Chile, 133**(3), 307-313.
- Pérez-Pareja, F., Sesé, A., Romo, A., Palmer, A. y Tomás, M. (2010). Influencia de las Emociones Negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) sobre la Eficacia de un Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual de Deshabitación al Tabaco. **Clínica y Salud, 21**(1), 9-19.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. **Suma Psicológica, 15**(1), 43-74.
- Pape, K. y Arias, I. (2000). The role of perceptions and attributions in battered women's intentions to permanently end their violent relationships. **Cognitive Therapy and Research, 24**(2), 201-214.
- Rand, K. (2009). Hope and Optimism: Latent Structures and Influences on Grade Expectancy and Academic Performance. **Journal of Personality, 77**(1), 231-260.
- Remor, E., Amorós, M. y Carrobbles, J. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. **Anales de psicología, 22**(1), 37-44.
- Robles, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J., Páez, F. y Nicolini, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. **Psicothema, 15**(2), 247-252.
- Rodríguez, S. y Enrique, H. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. **Psicodebate, 7**, 155-168.

- Schmitz, N., Messier, L., Nitka, D., Ivanova, A., Garipey, G., Wang, J., Malla, A., Boyer, R., Lesage, A. y Strychar, I. (2011). Factors Associated with Disability and Depressive Symptoms Among Individuals with Diabetes: A Community Study in Quebec. *Psychosomatics*, **52**(2), 167-177.
- Sacco, W. y Yanover, T. (2006). Diabetes and Depression: The Role of Social Support and Medical Symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, **29**(6), 523-531.
- Samaniego, R.A., y Álvarez, J. (2006). Control de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una muestra regiomontana. *Psicología y Salud*, **16**(1), 63-70.
- Sánchez, M., Aparicio, M. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, **18**(3), 584-590.
- Sánchez, M., Parra, M., Sánchez, T., Montañes, J. y Blanc, P. (2006). Diferencias de ansiedad y rendimiento académico en el proceso de enseñanza-aprendizaje con créditos Ects. *Ensayos*, **21**, 203-216.
- Satyanarayana, S., Enns, M., Cox, B. y Sareen, J. (2009). Prevalence and Correlates of Chronic Depression in the Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **54**(6), 389-398.
- Sekine, M., Chandola, T., Martikainen, P., Marmot, M. y Kagamimori, S. (2010). Sex differences in physical and mental functioning of Japanese civil servants: Explanations from work and family characteristics. *Social science y medicine*, **71**(12), 2091-2099.
- Scheier, M. F., Carver, C. y Bridges M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, **67**(6), 1063-1078.
- Scheier, M. y Carver, C. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, **55**(2), 169-210.
- Sherbourne C., Stewart A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science y Medicine*, **32**(6), 705-714.
- Sierra, J. y Buena-Casal, G. (2003). Efectos de una dosis aguda de diazepam sobre la expectativa en sujetos voluntarios: diferencias de género. *Psicothema*, **15**(2), 211-215.

- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y Estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, **3**(1), 10-59.
- Spielberger, Ch., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *STAI. Manual for the State-Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, Ch. (1979). *Tensión y ansiedad*. México: Harla S.A.
- Torres, A. y Piña, J. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, **28**(1), 45-53. doi: 10.4067/S0718-48082010000100005.
- Truman-Schram, D., Cann, A., Calhoun, L., y Vanwallendael, L. (2000). Leaving an abusive dating relationship: An investment model comparison of women who stay versus women who leave. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **19**(2), 161-183. doi: 10.1521/jscp.2000.19.2.161.
- Varela, M., Salazar, I. y Correa, D. (2008) Adherencia al tratamiento en la infección por vih/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, **11**(2), 101-113.
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K. y Córdova-Rubio, N. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-r) en población chilena. *Universitas Psychologica*, **8**(1), 61-67.
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Buella-Casal, G., Spielberger, C., y Spielberger, C. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. *Terapia psicológica*, **25**(2), 155-162.
- Waitzfelder, B., Gerzoff, R., Karter, A., Crystal, S., Bair, M., Ettner, S., Brown, A., Subramanian, U., Lu, S., Marrero, D., Herman, W., Selby, J. y Dudley, R.. (2010). Correlates of depression among people with diabetes: The Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) study. *Primary Care Diabetes*, **4**(4), 215-222.
- Westaway, M., Seager, J., Rheeder, P. y Van Zyl, D. (2005). The Effects of Social Support on Health, Well-being and Management of Diabetes Mellitus: A Black South African Perspective. *Ethnicity and Health*, **10**(1), 73-89.