



Vol. 21 No. 4

Diciembre de 2018

## CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES DIABÉTICOS MEXICANOS

Guadalupe Lizbeth Pedraza Banderas<sup>1</sup> y Cynthia Zaira Vega Valero<sup>2</sup>

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México.

### RESUMEN

La alta prevalencia de enfermedades crónicas permitió el nacimiento institucional y profesional de la Psicología de la Salud. En dicho ámbito la Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades más frecuentes en la literatura, esto debido a las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que produce. Desde el ámbito de la Psicología se ha estudiado el manejo de la DM, la asociación de variables psicosociales con la adherencia al tratamiento, se ha estimado el efecto de intervenciones psicológicas para mejorar el manejo del padecimiento de la DM y se han descrito caracterizaciones psicosociales del paciente diabético. En el presente estudio se describen características psicosociales de 309 pacientes diabéticos mexicanos, en función del nivel de atención médica recibida. Los principales resultados indican que únicamente las variables sociodemográficas son similares en los tres niveles de atención médica, mientras que las variables relacionadas con el padecimiento de la DM y las variables psicológicas mostraron comportamientos distintos en cada nivel de atención médica, lo que demuestra que la planeación de intervenciones psicológicas debe realizarse considerando el nivel de atención médica de los pacientes. Se concluyó que los niveles de atención médica no sólo tienen particularidades de índole clínico, también de tipo psicológico.

**Palabras clave:** factores psicosociales, adherencia terapéutica, pacientes diabéticos, niveles de atención médica.

<sup>1</sup> Doctorante en Psicología. Agradezco la beca por parte de CONACyT para la realización de este trabajo. Correo electrónico: [psicoliz\\_unam@yahoo.com.mx](mailto:psicoliz_unam@yahoo.com.mx)

<sup>2</sup> Profesora Titular de la carrera de Psicología FESI. Correo electrónico: [vegavalero@hotmail.com](mailto:vegavalero@hotmail.com)

# PSYCHOSOCIAL CHARACTERIZATION OF MEXICAN DIABETIC PATIENTS

## ABSTRACT

The high prevalence of chronic diseases allowed the institutional and professional birth of the Psychology of Health. In this area, Diabetes Mellitus (DM) is one of the most frequent diseases in the literature, due to the physical, psychological and social repercussions that it produces. From the field of Psychology, the management of DM, the association of psychosocial variables with adherence to treatment has been studied, the effect of psychological interventions has been estimated to improve the management of DM disease and psychosocial characterizations of have been described diabetic patient In the present study, psychosocial characteristics of 309 Mexican diabetic patients are described, according to the level of medical attention received. The main results indicate that only the sociodemographic variables are similar in the three levels of medical care, while the variables related to the ailing of the DM and the psychological variables showed different behaviors at each level of medical attention, which shows that the psychological interventions planning must be carried out considering the level of medical care of patients. It was concluded that the levels of medical attention not only have particularities of a clinical character, but also of a psychological character.

**Key words:** psychosocial factors, therapeutic adherence, diabetic patients, levels of medical care.

Las enfermedades crónicas han capturado la atención de diversas disciplinas orientadas a la salud. De hecho "...el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a crónicas, el costo elevado de los cuidados de salud y un mayor énfasis en la calidad de vida permitió el nacimiento formal, institucional y profesional de la Psicología de la Salud..." (Oblitas, 2008, p.10).

En dicho ámbito, uno de los padecimientos más frecuentemente reportados en la literatura es la Diabetes Mellitus (DM). Es reconocido que esta enfermedad provoca, a nivel personal, deterioro físico y psicológico, mientras que a nivel social un impacto económico importante (Osuna et al., 2014). A nivel físico, sistemáticamente se reportan como principales causas de hospitalización los problemas de descontrol metabólico y la presencia de infecciones oportunistas (Osuna et al., 2014), otros indicadores clínicos frecuentes son: presencia de complicaciones derivadas de cuadros prolongados de descontrol, tales como nefropatías (Osuna et al., 2014; Zerquera, Sánchez, Rivas y Costa, 2016), neuropatías (Font, del Valle, Sánchez,

Gallego y Lashey, 2014; Osuna et al., 2014), retinopatías (Font et al., 2014; Zerquera et al., 2016), enfermedades cardiovasculares (Font et al., 2014) y desarrollo de enfermedades comórbidas, principalmente la hipertensión arterial (Font et al., 2014; Osuna et al., 2014).

En cuanto a lo psicológico, se menciona que durante los inicios del siglo XX los estudios realizados estaban centrados en la personalidad del paciente diabético, aunque los resultados muestran que la persona diabética promedio no es psicológicamente diferente del resto de la población (Portilla, Romero y Román, 1991); se ha demostrado que aspectos psicosociales tales como: la percepción de la enfermedad, creencias sobre la enfermedad, expectativas ante la gestión médica, el nivel económico, entre otros, son responsables de las habilidades cognitivas y conductuales presentes en el paciente diabético ante el manejo de la patología (Torales, Jara, Ruiz y Villalba, 2016).

Mientras que a nivel social Rodríguez, Reynales, Jiménez, Juárez y Hernández (2010) afirman que la DM es una enfermedad de alto costo para los sistemas de salud, pues en su estudio estimaron que entre el año 2002 al 2004 sólo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se emplearon \$452 millones de dólares en atención médica para la DM, 183 millones de dólares se destinaron para los pacientes sin complicaciones y \$ 269 millones de dólares para los pacientes con complicaciones.

En los estudios realizados, en el ámbito psicológico, con muestras de pacientes diabéticos, se ha observado que tanto los pacientes, como sus familiares hacen frente a la enfermedad de diferentes formas (Lazcano-Ortiz, Salazar-González y Gómez-Meza, 2008), lo cual impacta ante el manejo de la enfermedad y el mantenimiento de la salud (Roy, 2009); se ha identificado la asociación de variables psicológicas y sociales con la adherencia terapéutica (Canales y Barra, 2014; Smalls et al., 2012; Torres y Piña, 2010; Yun y Ko, 2015); se ha estimado el efecto de intervenciones psicológicas encaminadas a mejorar la adherencia (Fall et al., 2013; García, 2012; Rodríguez, García, Rentería y Nava, 2013; Rodríguez, Rentería y García, 2013) y se ha descrito la caracterización del paciente diabético.

Portilla et. al. (1991), analizaron las reacciones psicológicas y sociales de pacientes diabéticos. Identificaron que al inicio de la enfermedad el paciente tiende a no aceptar su condición de enfermedad, o bien, presentar angustia y preocupación ante el diagnóstico, así como ansiedad y depresión ante la posibilidad de padecer en algún momento de la vida invalidez; cuando el paciente ya se reconoce como diabético y la enfermedad transcurre, la presencia de tensiones, conflictos y estrés representan la primer causa de descompensación metabólica; además mencionan que pese a que las relaciones familiares contribuyen a que el paciente continúe percibiéndose semejante, dar cumplimiento al tratamiento genera nuevas demandas las cuales tienen como consecuencia el establecimiento de dinámicas particulares.

En un estudio realizado con niños que padecen DM tipo 1 se identificó que éstos presentan autoestima disminuida, ansiedad, inseguridad, dificultades en la socialización, preocupación ante la dieta, se preguntan por qué tienen que inyectarse, no perciben afecto, no muestran apego seguro y no desarrollan su independencia en el tratamiento, aunque su familia les brinda afecto y cuidados, lo hacen desde la sobreprotección, la hipervigilancia, la no aceptación de la enfermedad y con dificultades en la comunicación, lo cual afecta las apreciaciones por parte de los infantes (Novales et al., 2015).

Actualmente se reconoce que variables psicológicas y sociales, tales como: edad, tiempo de padecimiento (Toledano, Ávila, García y Gómez, 2008), complejidad del tratamiento (Jansá y Vidal, 2009; Toledano et al., 2008), apoyo social (Canales y Barra, 2014; Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez, 2011; Torres y Piña, 2010), autocuidado (Shrivastava, Shrivastava y Ramasamy, 2013; Smalls et al., 2012; Suárez, 2008), autoeficacia (Smalls et al., 2012), desajuste psicológico (Rivera-Ledesma, Montero-López y Sandoval-Ávila, 2012), calidad de vida (Rivera-Ledesma et al., 2012), estilos de personalidad (Granados y Escalante, 2010), estrés (Lazcano y Salazar, 2007; Ortiz, 2006; Ortiz et al., 2011; Torres y Piña, 2010) y afrontamiento (Julien, Senécal y Guay, 2009; Lazcano-Ortiz et al., 2008; Ortiz, 2006; Ortiz et al., 2011; Rivera-Ledesma et al., 2012; Smalls et al., 2012) repercuten en los niveles de adhesión y control metabólico de los pacientes diabéticos.

Las caracterizaciones de pacientes diabéticos se han efectuado con pacientes en general (Torales et al., 2016; Wasserman y Trifonova, 2006; Zerquera et al., 2016), pertenecientes al nivel primario de atención médica (Colunga-Rodríguez, García, Ángel-González y Salazar-Estrada, 2008; Miyar, Zanetti y Teixeira, 2007; Toledano et al., 2008), durante periodos de hospitalización (Osuna et al., 2014), así como con aquellos que presentan complicaciones (Font et al., 2014; Rivera-Ledesma et al., 2012).

Considerando las repercusiones psicológicas de la DM, han surgido diferentes propuestas, por ejemplo, la Asociación Americana de Diabetes (2010) establece que debe evaluarse la situación psicopatológica del paciente como un aspecto continuo en la gestión médica de la DM dado que se ha identificado que la falta de energía, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad forman parte de los problemas que refieren con mayor frecuencia los adultos diabéticos (Torales et al., 2016).

Con base en lo anterior, el presente estudio se planteó considerando que las variables psicosociales pueden ser las responsables de las variaciones ante el manejo y control de la enfermedad, por lo que el objetivo es describir características psicosociales de pacientes diabéticos mexicanos en función del nivel de atención médica recibida. Asimismo, se pretende determinar el nivel de variables sociodemográficas, relacionadas con la enfermedad y psicológicas acorde al nivel de atención médica recibida y por último, identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las variables evaluadas, acorde al nivel de atención médica recibida.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron voluntariamente 309 pacientes diabéticos, de los cuales 51.5% acude para su atención médica a instituciones públicas, 21.7% a instituciones privadas y 26.9% a ambas instituciones.

### Tipo de muestra

Para este estudio se empleó una muestra de tipo no probabilística, cuyo tamaño se estimó considerando que los “tamaños muestrales superiores a los 200 sujetos son una buena garantía (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010).

*Criterios de inclusión:* ser personas mayores de 18 años, contar con un diagnóstico médico que indique que el participante padece DM tipo1 o tipo 2, que dicho diagnóstico médico se haya efectuado por lo menos seis meses antes del estudio, encontrarse bajo tratamiento médico mínimo seis meses antes del estudio, así como aceptar, sin recompensa alguna participar en el estudio.

*Criterios de exclusión:* mujeres que les fue diagnosticada la DM durante la etapa de gestación, personas que presenten limitaciones físicas y/o mentales que afecten sus respuestas, tengan a su servicio personal (profesional y/o familiar) encargado de sus cuidados (alimentación y medicación) o que el tratamiento médico llevado al momento de la entrevista implicara únicamente la intervención de aparatos y/o de personal sanitario.

*Criterios de eliminación:* aquellos casos donde las respuestas registradas presenten incongruencias, las cuales se detectan mediante determinados reactivos, o bien, aquellos casos donde no se registren las respuestas en su totalidad.

### Diseño y tipo de estudio

El presente estudio es prospectivo, transversal, descriptivo, comparativo y no experimental.

### Instrumentos

Para la consecución de los objetivos se aplicó una batería compuesta de un total de 87 reactivos, la cual se compone de 40 reactivos que aluden a variables socio-demográficas y clínicas, además de tres instrumentos psicométricos.

#### 1. *Cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería (adaptación).*

Este instrumento fue elaborado por Fernández et al. (2008) con la finalidad de medir la satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. Consta de 18 reactivos que dan lugar a tres factores: cuidados del profesional ( $\alpha=.90$ ),

tiempo dedicado ( $\alpha=.75$ ) y profundidad de la relación personal sanitario- pacientes ( $\alpha=.64$ ).

2. *Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica.*

Dicha escala fue creada por Pedraza, Vega y Nava (prensa). Permite la identificación de la frecuencia de ocurrencia de diversas conductas relacionadas con la salud, las cuales se agrupan en tres factores: atención médica ( $\alpha=.89$ ), cambios en el estilo de vida ( $\alpha=.78$ ) y barreras ante la medicación ( $\alpha=.74$ ). Consta de 30 reactivos, con opción de respuesta en escala tipo likert de 6 puntos donde 1= nunca y 6= siempre, los datos de fiabilidad obtenidos indican que es adecuada para usarse con fines de investigación.

3. *Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento (CEEA).*

Este instrumento fue elaborado por Vega, Muñoz, Berra, Nava y Gómez (2012), con la finalidad de evaluar el estrés, el afrontamiento y las emociones. Consta de 27 preguntas que indagan los niveles de las variables en cuestión, ante dos tipos de situaciones: estresantes y placenteras, cuyo valor de fiabilidad fue adecuado ( $\alpha=.817$ ).

#### Variables

##### *Estrés psicológico*

Definición conceptual: el estrés psicológico es “... el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1991; p. 46).

Definición operacional: intensidad de estrés obtenido en el CEEA, el cual es valorado por el participante acorde al evento estresante descrito.

##### *Afrontamiento*

Definición conceptual: “...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” (Lazarus y Folkman, 1991, p.164). Los cuales se agrupan en dos modos: estilo dirigido a la acción, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a la emo-

ción, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar (Lazarus y Folkman, 1991).

Definición operacional: Acorde a lo reportado en el CEEA, las acciones descritas se clasifican en uno de los modos planteados por Lazarus y Folkman (1991), posteriormente se define si se presentó únicamente un estilo, o si las estrategias reportadas pertenecen a los dos modos, dando lugar a un estilo de afrontamiento mixto.

### *Emociones*

Definición conceptual: "... un sistema organizado complejo constituido de pensamientos, creencias, motivos, significados, experiencias orgánicas subjetivas y estados fisiológicos, todos los cuales surgen de nuestras luchas por la supervivencia y florecen en los esfuerzos por entender el mundo en el que vivimos" (Lazarus, 2000, p. 111). "En donde cada emoción nos dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona" (Lazarus, 2000, p. 46).

Definición operacional: el puntaje obtenido del CEEA nos permite medir la intensidad de las emociones.

### *Adherencia terapéutica*

Definición conceptual: "fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dimensiones o factores,...los cuales son: socioeconómicos, relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, la enfermedad, el tratamiento y el paciente" (OMS, 2004, p. 27).

Definición operacional: es el puntaje obtenido de la VAEAT. Se entiende que en la medida que el valor sea más alto, el paciente es más adherente.

### *Procedimiento*

De acuerdo con las pautas éticas expuestas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), los participantes fueron invitados al estudio explicándoles los objetivos de investigación, dándoles la oportunidad de declinar en el momento que así lo desearán, externando que no habría consecuencia alguna y que de aceptar, se les solicitaba responder sinceramente el 100% de los reactivos, se les notificó que la información brindada sería empleada únicamente con fines de investigación,

cuidando siempre tenerlos en anonimato. La aplicación de los instrumentos se efectuó de manera individual en las salas de las instituciones médicas donde el participante se atiende medicamente.

Una vez obtenidos los datos, éstos fueron vaciados a una base creada en el Programa SPSS versión 24. El primer paso fue determinar el nivel de atención médica recibida, para ello se siguieron los criterios del Sistema Nacional Integrado de Salud (2006). En el nivel primario de atención médica se ubican pacientes que cuentan con un diagnóstico médico que indica presencia de DM tipo 1 o tipo 2, se encuentran en tratamiento médico para controlar la enfermedad y se atienden en consultorios, unidades médico-familiares y/o centros de salud.

En el nivel secundario de atención médica se ubican aquellos que presentan niveles de glucosa que indican descontrol, presentan uno o más síntomas de otras enfermedades comórbidas, por ejemplo, retención de líquidos, niveles de presión sanguínea que indiquen alteración, dolores recurrentes de cabeza, o bien, presencia de enfermedades infecciosas oportunistas (amigdalitis, otitis, candidiasis, entre otras), cuya atención requiera hospitalización u observación por horas, además de ser atendidos en policlínicos para consulta especializada y/o hospitales con mínimo cuatro especialidades básicas.

En el nivel terciario de atención médica se ubican aquellos que manifiestan padecer DM y otra enfermedad crónica diagnosticada, se encuentran bajo tratamiento para controlar dos o más enfermedades crónicas, reciben tratamientos periódicos mediante equipos o aparatos, por ejemplo, diálisis o hemodiálisis, presentan indicadores de descontrol, tales como retinopatía diabética o pie diabético y su atención médica tiene lugar en hospitales y centros médicos con recursos sofisticados como laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófanos.

En cuanto a la caracterización psicosocial, esta contiene variables sociodemográficas (sexo, estado civil y escolaridad), relacionadas con el padecimiento de la DM (tiempo de padecimiento y tratamiento, síntomas, complicaciones, enfermedades comórbidas, conocimiento sobre la enfermedad y nivel de satisfacción hacia la atención recibida) y variables psicológicas (estrés, afrontamiento, emociones y adherencia terapéutica).

### Análisis de datos

Se efectuaron análisis descriptivos con la finalidad de identificar las frecuencias y porcentajes de las variables medidas, así como las diferencias entre los grupos creados a partir del nivel de atención médica, mediante el ANOVA de un factor.

### Análisis de resultados

El grupo de nivel primario de atención médica (grupo **a**) se conformó por 161 participantes, cuyas edades oscilaron entre los 23 y 87 años ( $\bar{x}=53$  años,  $s=12.66$ ); en el nivel secundario de atención médica (grupo **b**) la muestra se conformó por 81 pacientes, cuyas edades oscilaron entre los 25 y 89 años ( $\bar{x}=61$  años,  $s=13.15$ ) y el grupo de nivel terciario de atención médica (grupo **c**) por 66 pacientes cuyas edades oscilaron entre los 29 y 85 años ( $\bar{x}=57$  años,  $s=15.04$ ). En los tres grupos predominan mujeres, personas casadas y personas cuya instrucción académica es únicamente primaria (véase tabla 1).

**Tabla 1.** *Porcentajes de frecuencia de las variables sociodemográficas acorde al nivel de atención médica*

Variable	Categoría	Nivel de atención médica		
		Primario	Secundario	Terciario
Sexo	Femenino	61.7	69.1	68.2
	Masculino	38.3	30.9	31.8
Estado civil	Soltero	2.5	3.7	9.1
	Casado	65.4	66.7	54.5
Nivel educativo	Unión libre	14.2	4.9	10.6
	Viudo	13	19.8	21.2
Nivel educativo	Divorciado	4.9	4.9	4.5
	Primaria	42.6	66.7	43.9
Nivel educativo	Secundaria	31.5	12.3	21.2
	Bachillerato	9.9	7.4	9.1
Nivel educativo	Licenciatura	2.5	2.5	10.6
	Posgrado	0.6	0	1.5
Nivel educativo	Sin instrucción	13	11.1	13.6

En la tabla 2 se presentan las variables relacionadas con el padecimiento de DM, se observó que el tiempo de padecimiento y el tiempo tratamiento presentaron medias distintas, lo cual indica, en primer lugar, que no todos los pacientes se han mantenido bajo tratamiento desde que fueron diagnosticados, además este hecho se dio en todos los niveles de atención médica; respecto al nivel de conocimiento sobre DM se reportaron porcentajes altos en todos los niveles de atención médica; en lo relativo a enfermedades comórbidas en todos los grupos se aprecian diferencias: los participantes del grupo **a** no reportaron tener ningún otro diagnóstico, en el grupo **b** el 74.1% reportó diagnóstico de otra enfermedad crónica, al igual que el 39.4% de los participantes del grupo **c**; las complicaciones más reportadas en los grupos **a** y **b** fueron: infecciones recurrentes (a=37.7%, b=49.4%), retinopatías (problemas visuales, a=30.9%, b=42%) y neuropatías (dolor corporal generalizado, a= 26.9%, b=44.4%); mientras que en el grupo **c** fueron las retinopatías (65.2%), neuropatías (59.1%), nefropatías y pie diabético (57.6% respectivamente); los síntomas mayormente experimentados en el grupo **a** fueron: polidipsia (mucha sed, 79%), poliuria (orinar constantemente, 68.5%), presentar cansancio ante poca actividad física (63%), pérdida de peso (61.5%) y mucho sueño (58.6%); en el grupo **b** presentar polidipsia (82.7%), cansancio ante poca actividad física (79%), poliuria (77.8%), resequedad en la piel (76.5%) y pérdida de peso (67.9%); en grupo **c** presentar polidipsia (89.4%), cansancio ante poca actividad física (84.8%), resequedad en la piel (84.8%), debilidad o falta de fuerza (83.3%) y mucho sueño (80.3%), mientras que los niveles de satisfacción ante la atención médica son más bajos en el nivel primario de atención médica.

**Tabla 2.** *Porcentajes de frecuencia de variables relacionadas con el padecimiento de DM en distintos niveles de atención médica.*

Variable	Categoría	Nivel de atención médica		
		Primario	Secundario	Terciario
Tiempo de padecimiento	Media (□)	8 años	12 años	13 años
	Desviación estándar	6.78	9.04	10.77
Tiempo de tratamiento	Media (□)	7 años	10 años	11 años
	Desviación estándar	6.48	8.41	10.1
Grado de conocimiento	Bajo	3.7	4.9	3.0
	Moderado	45.1	42	42.4
	Alto	51.2	53.1	54.6
Enfermedades comórbidas	Presencia	0	74.1	39.4
	Ausencia	90.1	22.2	59.1
	Desconocimiento	9.9	3.7	1.5
Complicaciones	Retinopatía	30.9	42	65.2
	Neuropatías	26.9	44.4	59.1
	Nefropatías	15.4	24.7	57.6
	Pie diabético	3.1	4.9	57.6
	Infecciones recurrentes	37.7	49.4	53
	Retención de líquidos	22.2	35.8	51.5
Sintomatología	Polidipsia	79	82.7	89.4
	Polifagia	43.8	44.4	51.5
	Mucho sueño	58.6	56.8	80.3
	Poliuria	68.5	77.8	74.2
	Diastemas	32.7	34.6	43.9
	Infecciones recurrentes	37	61.7	57.6
	Cansancio ante poca actividad física	63	79	84.8
	Debilidad / falta de fuerza	54.3	66.7	83.3
	Pérdida de peso	61.1	67.9	71.2
	Resequedad en la piel	55.6	76.5	84.8
Nivel de satisfacción	Bajo	21	8.6	6.1
	Moderado	43.8	42	27.3
	Alto	35.2	49.4	66.7

Al contrastar los grupos mediante el análisis de varianza de un factor (ANOVA) se encontró que las diferencias en las variables: tiempo de padecimiento ( $F=11.54$ ;  $p \leq 0.05$ ), tiempo de tratamiento ( $F=8.11$ ;  $p \leq 0.05$ ), enfermedades comórbidas ( $F=75.44$ ;  $\leq 0.05$ ), sintomatología ( $F=14.16$ ;  $p \leq 0.05$ ), complicaciones ( $F=60.86$ ;  $p \leq 0.05$ ) y nivel de satisfacción hacia la atención médica ( $F=11.73$ ;  $\leq 0.05$ ) son estadísticamente significativas.

Al ser comparados los grupos simultáneamente mediante el Test de Bonferroni, se encontró que el grupo **a** está integrado por pacientes que llevan menos tiempo padeciendo la DM, que presentan en menor medida los síntomas de infecciones recurrentes de vías urinarias, cansancio ante poca actividad física, debilidad o falta de fuerza y resequedad en la piel, además de no presentar otra enfermedad co-mórbida; mientras que los pertenecientes al nivel terciario de atención médica reportaron los puntajes más altos en cuanto al nivel de satisfacción \*hacia\* la atención médica (véase tabla 3).

**Tabla 3. Comparaciones múltiples de las variables relacionadas con la DM. Test de Bonferroni**

Variable dependiente	(I) NIVEL	(J) NIVEL	Diferencia	Error estándar	Sig.
			de medias (I-J)		
Tiempo de padecimiento	Nivel primario	Nivel secundario	-4.247*	1.157	.001
		Nivel terciario	-5.074*	1.241	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	4.247*	1.157	.001
		Nivel terciario	-.827	1.409	1.000
	Nivel terciario	Nivel primario	5.074*	1.241	.000
		Nivel secundario	.827	1.409	1.000
Tiempo de tratamiento	Nivel primario	Nivel secundario	-3.432*	1.075	.005
		Nivel terciario	-3.837*	1.153	.003
	Nivel secundario	Nivel primario	3.432*	1.075	.005
		Nivel terciario	-.405	1.309	1.000
	Nivel terciario	Nivel primario	3.837*	1.153	.003
		Nivel secundario	.405	1.309	1.000

	Nivel primario	Nivel secundario	.70370	.05843	.000
		Nivel terciario	.37879*	.06270	.000
Enfermedades comórbidas	Nivel secundario	Nivel primario	-.70370*	.05843	.000
		Nivel terciario	-.32492*	.07120	.000
	Nivel terciario	Nivel primario	-.37879*	.06270	.000
		Nivel secundario	.32492*	.07120	.000
Complicaciones	Nivel primario	Nivel secundario	-.62346	.17321	.001
		Nivel terciario	-2.05051*	.18587	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	.62346	.17321	.001
		Nivel terciario	-1.42705	.21106	.000
	Nivel terciario	Nivel primario	2.05051*	.18587	.000
		Nivel secundario	1.42705*	.21106	.000
Sintomatología	Nivel primario	Nivel secundario	.94444	.30702	.007
		Nivel terciario	1.67508*	.32945	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	-.94444*	.30702	.007
		Nivel terciario	.73064	.37411	.155
	Nivel terciario	Nivel primario	-1.67508*	.32945	.000
		Nivel secundario	-.73064	.37411	.155
Nivel de satisfacción	Nivel primario	Nivel secundario	-.26543	.09369	.015
		Nivel terciario	-.46409*	.10054	.000
	Nivel secundario	Nivel primario	.26543	.09369	.015
		Nivel terciario	-.19865	.11417	.249
	Nivel terciario	Nivel primario	.46409*	.10054	.000
		Nivel secundario	.19865	.11417	.249

\*Las diferencias de promedio son significativas al 0,05.

En el tenor de las variables psicológicas, se identificó que la mayoría reportó alta intensidad de estrés, alto nivel de adherencia terapéutica, niveles bajos de emociones desagradables (ira, envidia y celos) y de emociones existenciales (ansiedad, culpa y vergüenza), así como niveles moderados de emociones desfavorables (alivio, esperanza y tristeza), lo anterior ocurrió en todos los grupos.

Las variables en las que se identificaron puntajes diferentes entre los grupos fueron el estilo de afrontamiento, las emociones empáticas (gratitud y compasión) y las emociones relacionadas con condiciones de vida favorables (felicidad, orgullo y amor). En cuanto al estilo de afrontamiento empleado en los grupos **a** y **b** predo-

minó el estilo dirigido a la emoción, mientras que en el grupo **c** el dirigido a la acción; referente a las emociones los grupos **a** y **b** presentaron, mayoritariamente, niveles bajos, mientras que el grupo **c** niveles moderados (véase tabla 4).

**Tabla 4.** *Porcentajes de frecuencia de las variables psicológicas acorde al nivel de atención médica.*

Variables	Categoría	Nivel de atención médica		
		Primario	Secundario	Terciario
Intensidad de estrés	Baja	10.5	7.4	9.1
	Moderada	23.5	21	21.2
	Alta	66	71.6	69.7
Estilo de afrontamiento	Dirigido a la acción	30.2	29.6	37.9
	Dirigido a la emoción	42.0	35.8	36.4
	Mixto	19.1	22.2	12.1
	Sin especificar	8.6	12.3	13.6
Emociones Desagradables	Bajo	84.6	86.4	80.3
	Moderado	14.2	12.3	19.7
	Alto	1.2	1.3	0
Emociones Existenciales	Bajo	67.9	74.1	59.1
	Moderado	29	22.2	37.9
	Alto	3.1	3.7	3
Emociones desfavorables	Bajo	29.6	35.8	18.2
	Moderado	55.6	59.3	59.1
	Alto	14.8	4.9	22.7
Emociones Empáticas	Bajo	45.7	48.1	30.3
	Moderado	38.9	37	42.4
	Alto	15.4	14.9	27.3
Emociones favorables	Bajo	47.5	50.6	37.9
	Moderado	34	38.3	43.9
	Alto	18.5	11.1	18.2
Nivel de adhesión	Bajo	6.8	4.9	3.0
	Moderado	29.6	33.3	36.4
	Alto	63.6	61.7	60.6

F1. Atención medica	Bajo	0.6	0	0
	Moderado	16	12.3	10.6
	Alto	83.4	87.7	89.4
F2. Cambios en el estilo de vida	Bajo	7.4	4.9	3
	Moderado	41.4	33.3	25.8
	Alto	51.2	61.7	71.2
F3. Barreras ante la medicación	Bajo	7.4	2.5	16.7
	Moderado	30.9	31.2	33.3
	Alto	61.7	65.4	50

Tras realizar la prueba de ANOVA se identificó que las variables: emociones relacionadas con condiciones de vida desfavorables ( $F=5.78$ ;  $p \leq 0.05$ ), emociones existenciales ( $F=3.90$ ;  $p \leq 0.05$ ), el factor 2 “cambios en el estilo de vida” ( $F=4.15$ ;  $p \leq 0.05$ ) y el factor 3 “barreras ante la medicación” ( $F=5.57$ ;  $p \leq 0.05$ ) presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Al ser comparados los grupos simultáneamente mediante el Test de Bonferroni, se encontró que los participantes del grupo **c** se distinguen por presentar más casos de alto nivel de emociones relacionadas con condiciones de vida desfavorables; nivel moderado de emociones existenciales y nivel alto en el factor 2 “Cambios en el estilo de vida”, además únicamente la mitad de los participantes refiere altos niveles en el factor 3 “Barreras ante la medicación” (véase tabla 5).

**Tabla 5.** Comparaciones múltiples de las variables psicológicas. Test de Bonferroni

Variable de- pendiente	(I) NIVELAM	(J) NIVELAM	Diferencia de medias (I-J)	Error es- tándar	Sig.
Emociones Desagradables	Nivel primario	Nivel secundario	.16049	.08543	.184
		Nivel terciario	-.19360	.09167	.107
	Nivel secunda- rio	Nivel primario	-.16049	.08543	.184
		Nivel terciario	-.35410*	.10410	.002
	Nivel terciario	Nivel primario	.19360	.09167	.107
		Nivel secundario	.35410*	.10410	.002

	Nivel primario	Nivel secundario	.03086	.09966	1.000
		Nivel terciario	-.27217*	.10694	.034
Emociones Existenciales	Nivel secundario	Nivel primario	-.03086	.09966	1.000
		Nivel terciario	-.30303*	.12144	.039
	Nivel terciario	Nivel primario	.27217*	.10694	.034
		Nivel secundario	.30303*	.12144	.039
F2. Cambios en el estilo de vida	Nivel primario	Nivel secundario	-.12963	.08162	.340
		Nivel terciario	-.24355*	.08758	.017
	Nivel secundario	Nivel primario	.12963	.08162	.340
		Nivel terciario	-.11392	.09946	.759
	Nivel terciario	Nivel primario	.24355*	.08758	.017
		Nivel secundario	.11392	.09946	.759
F3. Barreras ante la medición	Nivel primario	Nivel secundario	-.08642	.08654	.956
		Nivel terciario	.20988	.09287	.074
	Nivel secundario	Nivel primario	.08642	.08654	.956
		Nivel terciario	.29630*	.10545	.016
	Nivel terciario	Nivel primario	-.20988	.09287	.074
		Nivel secundario	-.29630*	.10545	.016
		Nivel secundario	-.03591	.10907	1.000

\*Las diferencias de promedio son significativas al 0,05.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue describir características psicosociales de pacientes diabéticos mexicanos en función del nivel de atención médica recibida para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de las variables evaluadas.

Los resultados obtenidos indican que las características sociodemográficas identificadas son similares entre los grupos creados en el presente estudio y con respecto a las reportadas en otros estudios (Colunga-Rodríguez et al., 2008; Toledano et al., 2008; Torales et al., 2016).

En cuanto a las variables relacionadas con la DM se identificó que no todos los pacientes se han mantenido bajo tratamiento médico desde el momento del diagnóstico, lo cual no se encuentra reportado en otros estudios; que si bien, la mayoría reporta niveles adecuados de conocimiento sobre la enfermedad esto no se ve

reflejado en los comportamientos de adherencia, pues en general las tasas reportadas son bajas; lo que enfatiza la distancia existente entre tener conocimiento sobre el padecimiento y efectuar conductas deseables (Castro-Cornejo, Rico-Herrera y Padilla-Raygoza, 2014).

Las complicaciones identificadas en el presente, coinciden con lo reportado en la literatura e indican que las infecciones recurrentes, nefropatías, y neuropatías son altamente frecuentes (Font et al., 2016; Osuna et al., 2014; Zerquera et al., 2016); un dato a destacar es el hecho de que el nivel de satisfacción hacia la atención médica es distinto en los grupos de atención médica, siendo mayor en el nivel terciario.

Respecto de las variables psicológicas se identificó que, en general, los pacientes diabéticos presentan altos niveles de estrés; estilos de afrontamiento en todas las modalidades, experimentan emociones, las cuales son estadísticamente diferentes en función del nivel de atención médica y que los niveles de adherencia obtenidos coinciden con los reportados en la literatura, los cuales oscilan por debajo del 80% (Camarillo, 2012; Ortiz, 2006; Ortiz, 2008).

Por tanto, se puede afirmar que las variables relacionadas con el padecimiento de la DM y las variables psicológicas son distintas acorde al nivel de atención médica, lo cual representa evidencia sobre la necesidad de incluir a las emociones en las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica considerando las características propias de cada nivel de atención médica, pues estos no sólo tienen particularidades clínicas, también psicológicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Diabetes. (2010). *Estándares de atención médica en diabetes 2010. Diabetes Care, 33* (1), S11-S61. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2337/dc10-S011Medline>.
- Camarillo, G. (2012). **Grado de apego en al tratamiento en pacientes diabéticos adscritos a la unidad médica familiar número 66 del IMSS y sus creencias sobre el uso de terapias alternas y complementarias.** (Tesis de maestría en salud pública). Universidad Veracruzana Xalapa, Veracruz, México. pp.119.
- Canales, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, Apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud, 24* (2), 167-173. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922>.
- Castro-Cornejo, M., Rico-Herrera, L. y Padilla-Raygoza, N. (2014). Efecto del apoyo educativo para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio experimental. *Enfermería Clínica, 24* (3), 162-167. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.004>.
- Colunga-Rodríguez, C., García, J., Ángel-González, M. y Salazar-Estrada, J. (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública, 34* (4), 1-7. doi: 10.1590/S0864-34662008000400005.
- Fall, E., Roche, B., Izaute, M., Matisse, M., Tauveron, I. y Chakroun, N. (2013). A brief psychological intervention to improve adherence in type 2 diabetes. *Diabetes y Metabolism, 39* (5), 432-38. doi: 10.1016/j.diabet.2013.05.003.
- Fernández, M., Rebagliatoo, O., Gispert, B., Roig, H., Artigas, J., Bonay, B., Guix, L. y Turmo, N. (2008). Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. *Atención Primaria, 40* (12), 611-616. doi: 10.1016/S0212-6567(08)75694-4.
- Font, M., del Valle, N., Sánchez, A., Gallego, J. y Lashey, M. (2014). Caracterización de pacientes diabéticos de tipo II con complicaciones vasculares y riesgo de ateroesclerosis. *MEDISAN, 18* (12). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S1029-30192014001200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1029-30192014001200008).
- García, R. (2012). **Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.** (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Granados, E. y Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. **Revista de Psicología LIBER-RABIT, 16** (2), 203-215. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3354288>.
- Jansá, M. y Vidal, M. (2009). Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. **Avances en diabetología, 25** (1), 55-61. Recuperado de <http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/25-1-9.pdf>.
- Julien, E., Senécal, C. y Guay, F. (2009). Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. **Journal of Health Psychology, 14** (3), 457-70. doi:10.1177/1359105309102202.
- Lazarus, R. (2000). **Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud.** Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). **Estrés y procesos cognitivos.** México: Ediciones Roca.
- Lazcano, M. y Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Aquichan, 7** (1), 77-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170107>.
- Lazcano-Ortiz, M., Salazar-González, B. y Gómez-Meza, M. (2008). Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Aquichan, 1** (8), 116-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108111>
- Miyar, L., Zanetti, M., y Teixeira, C. (2007). Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. **Revista Latinoamericana Enfermagem, 15** (especial). Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/16892/18623>.
- Novales, R., García, A., Hernández, J., Novales, A., García, M. y Hernández, Y. (2015). Caracterización psicológica de escolares con diabetes mellitus tipo 1 a través de sus representaciones gráficas. **Revista Cubana de Endocrinología, 26** (3). Recuperado de <http://scielo.sld.cu>.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. **Avances en Psicología, 16** (1), 9-38. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. ([OMS], 2004). **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción.** Washington: Organización Pan-

- americana de la Salud. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/ NC/ nc -adherencia.html>.
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24 (2), 139-148. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524203>.
- Ortiz, M. (2008). Estabilidad de la adherencia al tratamiento en una muestra de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 71-80. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100006>.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. y Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 5-11. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>.
- Osuna, M., Rivera, M., Bocanegra, C., Lancheros, A., Tovar, H., Hernández, J y Alba, M. (2014). Caracterización de la diabetes mellitus tipo 2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado. *Acta Médica Colombiana*, 39 (4). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n4/v39n4a07.pdf>.
- Portilla, L., Romero, M. y Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523203>.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López, M. y Sandoval-Ávila, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35 (4), 329-337. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&typid=S018533252012000400008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&typid=S018533252012000400008).
- Rodríguez, M., Rentería, A. y García, J.C. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa Psicológica Universidad de Santo Tomás*, 10 (1), 91-101. Recuperado de <http://biblat.unam.mx/es/revista/summa-psicologica-ust/articulo/adherencia-a-la-dieta-en-pacientes-diabeticos-efectos-de-una-intervencion>
- Rodríguez, M., García, J.C., Rentería, A. y Nava, C. (2013). Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (4), 1262-1282. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/43702>.
- Rodríguez, R., Reynales, L., Jiménez, J., Juárez, S. y Hernández, M. (2010). Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Revista Panamericana de Salud Pública*,

- 28 (6), 412-420. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n6a02.pdf>.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (third edition). Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Ruiz, M., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 34-45. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441004>.
- Shrivastava, R., Shrivastava, S. y Ramasamy, J. (2013). Papel del autocuidado en el en el tratamiento de la diabetes mellitus. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 12 (1), 12-14. doi: 10.1186 / 2251-6581-12-14.
- Sistema Nacional Integrado de Salud. (2006). *Niveles de complejidad en la atención sanitaria*. Colombia: Planeta.
- Smalls, B., Walker, R., Hernández-Tejeda, M., Campbell, J., Davis, K. y Egede, L. (2012). Associations between coping, diabetes knowledge, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 34, 385-89. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.03.018.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo* (Cuarta edición). México: Trillas.
- Suárez, Z. (2008). *Conductas Buscadoras de Salud en Diabetes Mellitus: Reforzamiento del Autocuidado, usuarios de una Institución Hospitalaria*. Tesis de Licenciatura no publicada. Colombia, Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
- Toledano, J., Ávila, L., García, S. y Gómez, H. (2008). Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39 (4), 9-17. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57911113003>.
- Torales, J., Jara, G., Ruiz, C. y Villalba, J. (2016). Aspectos psicopatológicos del paciente con diabetes. En Flores, J., Capello, J, Torales, J. y López, H. (Eds.), *Pie diabético: manual de manejo* (16-25). Paraguay: Don Bosco.
- Torres, M. 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. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100005>.
- Vega, C. Z., Muñoz, S., Berra, E., Nava, C. y Gómez, G. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: propuesta del cuestionario. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21, (4), 2018.

nario de estrés, emociones y afrontamiento (CEEA). **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, 15 (3), 1051-1073. Recuperado de <http://www.itzacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num3/Vol15No3Art14.pdf>.

Wasserman, L. y Trifonova, E. (2006). Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships. **The Spanish Journal of Psychology**, 9 (1), 75-85. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S1138741600005990>.

Yun, J. y Ko, S. (2015). Avoiding or coping with severe hypoglycemia in patients with type 2 diabetes. **Korean Journal Internal Medicine**, 30 (1), 6-16. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3904/kjim.2015.30.1.6>.

Zerquera, G., Sánchez, B., Rivas, E. y Costa, M. (2016). Caracterización de los pacientes diabéticos tipo 2 ingresados en el Centro de Atención al Diabético de Cienfuegos. **Revista Finlay**, 6 (4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S222124342016000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342016000400005).