



Vol. 14 No. 2

Junio de 2011

VARIABLES PSICOSOCIALES IMPLICADAS EN EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS: ASPECTOS CONCEPTUALES, INVESTIGACIONES Y HALLAZGOS.

José Eduardo Rondón Bernard¹
Instituto de Psicología
Universidad Central de Venezuela

Resumen

La Diabetes Mellitus es una enfermedad donde el componente biológico juega un rol principal tanto para su incidencia como para su mantenimiento y agudización, sin embargo, no es menos conocido que los factores psicológicos y sociales pueden facilitar su curso o detener su avance. En este sentido, Amigo, Fernández y Pérez (2003) sostienen que el tratamiento médico de la diabetes consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa, es decir, es el comportamiento del sujeto lo que debe modificarse para ejercer un adecuado control de la glicemia. Existen diversas investigaciones tanto nacionales como internacionales que demuestran la importancia de ciertas variables psicosociales en el desarrollo de la misma, sin embargo, los problemas conceptuales y de por ende metodológicos, que se presentan en la mayoría de los constructos o variables hacen que la validez de los resultados sean discutibles, por tal motivo, resulta necesario estudios a nivel básico para una clarificación conceptual que seguramente repercutirá en el avance de la psicología de la salud en general y específicamente en el mejor entendimiento de la diabetes como alteración biopsicosocial. El presente trabajo revela y

¹Investigador Docente del Departamento de Investigación Fundamental del Instituto de Psicología UCV.
bernard85@gmail.com

reflexiona sobre algunas limitaciones teóricas y metodológicas sobre ciertas variables psicosociales que han demostrado ser de suma importancia para el control de la diabetes.

Palabras claves: diabetes, bienestar, apoyo social, locus de control, emociones, autoestima, calidad de vida, psicología positiva.

PSYCHOSOCIAL VARIABLES IMPLIED IN THE MAINTENANCE AND CONTROL OF DIABETES MELLITUS: CONCEPTUAL ASPECTS, RESEARCH AND FINDINGS

Abstract

Diabetes Mellitus is an illness in which the biological component plays an important role in its impact, maintenance and intensification; however the psychological and social factors may also facilitate its development or stop it. Amigo, Fernandez and Pérez (2003) support that the medical treatment of the diabetes consists on exerting an external control on the glucose, the subject's behavior must be modified to control the glucemia. There are national and international investigations that demonstrate the importance of certain psychosocial variables in the development of the illness, however the validity of the results became debatable due to the conceptual and methodological problems in most of the constructs or variables. It is necessary then to carry out basic studies for a conceptual clarification which in turn will influence the advance of psychology of health and will contribute to a better understanding of diabetes as a biopsychosocial alteration. The present study reveals some theoretical and methodological limitations on certain psychosocial variables which are very important to control the illness.

Key words: diabetes, well-being, social support, locus of control, emotions, self-esteem, quality of life, positive psychology.

Según Gallar (2006) la Diabetes Mellitus o diabetes sacarina es una enfermedad que se produce como consecuencia de un mal funcionamiento del metabolismo o de los hidratos de carbono, básicamente debido a una insuficiente producción de insulina o a una resistencia a la acción de la insulina.

Como desde hace mucho tiempo lo había señalado el padre de la medicina hindú Súsruta se puede distinguir dos tipos de diabetes, al respecto Gallar (2006) y Simón (1993) plantean:

a- Diabetes Mellitus tipo 1 o insulino dependiente: Se caracteriza por una insuficiente producción de insulina y se origina como consecuencia de una destrucción selectiva de las células pancreáticas productora de dicha hormona debido a problemas autoinmune. Es frecuente en las primeras edades y lo padece alrededor del 1% de la población. Hay antecedentes familiares el 50% de los casos, cetosis y coma con cierta frecuencia, buena respuesta a la insulina y nula respuesta a hipoglucimiantes orales.

b- Diabetes Mellitus tipo 2 o no insulino dependiente: Se caracteriza por una resistencia a la acción de la insulina, es decir, la hormona se sintetiza con normalidad pero no surte los efectos deseados. Suele combinarse con una insuficiente producción pancreática de insulina y es más común en los adultos a partir de los 40-50 años de edad. Su prevalencia es mucho mayor en comparación a la de tipo 1, especialmente en personas obesas. Hay antecedentes familiares en el 100% de los casos, la cetosis y la coma están generalmente ausentes, buena respuestas a los agentes orales.

Como afirma Ribes (1984) “el organismo es una entidad biológica que se comporta” (p. 20), y por ende aunque exista una variable disposicional de índole biológica como es el caso de la Diabetes Mellitus, no se puede olvidar que el individuo a través de su comportamiento es el actor o protagonista de la misma, no sólo porque es quien la sufre o vive, sino porque es quien puede controlarla a través de su conducta. Se debe enfatizar que es el sujeto quien tiene la enfermedad no es la enfermedad quien tiene al sujeto. Son los comportamientos que emite el individuo en su entorno lo que al final de cuenta puede mitigar los efectos que produce la misma, por lo que Amigo, Fernández y Pérez (2003) aseveran que el tratamiento médico de la Diabetes Mellitus consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa.

Derivado de su característica de “ser social”, el hombre se encuentra en constante intercambio con el medio que le rodea a través de sus conductas, cambiando el entorno y éste cambiándolo a él, por tal motivo, concebir al hombre como un ente “biopsicosocial” permite implementar diversas estrategias de índole psicosociales para contrarrestar los avatares de lo biológico, en este sentido, los psicólogos especialmente los orientados al área de la salud, encuentran un espacio de gran aceptación y productividad en el control de la Diabetes Mellitus.

Dada la importancia de las variables psicosociales en el origen, mantenimiento y control de la diabetes mellitus, el presente trabajo tiene como finalidad exponer algunas investigaciones que fundamentan científicamente dicha importancia. Entre las variables a estudiar se encuentran: Bienestar, Calidad de Vida, Apoyo Social, Emociones, Locus de Control, Esperanza, Optimismo, Resiliencia, Espiritualidad, Religión, Cultura y Autoestima. Para cada una de ellas se expondrá algunas consideraciones conceptuales, los hallazgos encontrados y algunas reflexiones.

1. BIENESTAR

1.1 Aspectos conceptuales:

Según Lent (2004) el bienestar es un indicador de la calidad de vida. Es un constructo complejo que se refiere a la experiencia y al funcionamiento óptimo. Su estudio se estructura en dos ejes principales: El primer eje referido al valor *hedónico y no hedónico* del bienestar. El segundo eje relacionado al tipo de bienestar: *psicológico* (búsqueda de la perfección, autonomía, crecimiento personal, propia aceptación y relaciones positivas con los otros) y *subjetivo* (satisfacción de vida, afectos positivos en ausencia de negativos). Recientemente se ha concluido que el bienestar es mejor concebido como un fenómeno multidimensional que incluye tanto la visión hedónica y subjetiva como la no hedónica y psicológica.

Como se ha podido observar, el valor hedónico representa una dimensión del constructo importante a tomar en consideración, por tal motivo la “felicidad” se encuentra muy relacionada con el mismo. A saber, Carr (2004) plantea que el

bienestar psicológico, social y de salud está íntimamente relacionado con la experiencia de emociones positivas. Esta concepción hedónica se define como la constante búsqueda de gratificaciones y placer y la evitación del dolor. Simpatizando con esta misma postura pero relacionada con el área de la salud, Zabala, Vázquez y Wetsell (2006) plantean que las enfermedades crónicas originan alteraciones emocionales como miedo y ansiedad que repercuten de forma negativa en el bienestar.

Tradicionalmente según Lent (2004), algunas formas para evaluar el bienestar han sido: los reportes verbales y el ajuste social y laboral de las personas. Destaca que se debe considerar la medida como temporal, contextual y cultural.

Las investigaciones han encontrado que las variables demográficas afectan muy poco el bienestar a excepción del estatus marital y la religión. Las características de personalidad no es un fuerte predictor del bienestar a excepción del neuroticismo y la extraversión (Lent, 2004).

1.2. Investigaciones sobre Bienestar en el área de la diabetes:

En un estudio realizado por Dios, Avedillo, Palao, Ortiz y Agud (2003) donde trataron de analizar qué factores del medio familiar y social se asocian a mayor o menor bienestar emocional en los adolescentes diabéticos. Para ello emplearon un estudio correlacional. Encontraron que los adolescentes masculinos prepúber que cuentan con ambos padres, presentan mayor bienestar en comparación a las féminas pospúber que cuentan con un sólo padre. No se encontró asociación entre control metabólico y bienestar, mientras que en investigaciones previas sí. Lo mismo ocurrió con el apoyo social de amigos. De esta investigación se desprende la siguiente interrogante ¿Entre mayor autonomía familiar y mayor orientación al logro menor bienestar?

Por otra parte, Siqueira, Dos santos, Zanetti y Ferronato (2007) realizaron una investigación para tratar de identificar las dificultades de los pacientes diabéticos en relación al tratamiento para el control de la enfermedad. Para tal fin, realizaron un análisis de contenido de los reportes obtenidos. Encontraron que la

felicidad, bienestar, gratitud y la satisfacción aumentan la adherencia al tratamiento; pero las emociones o estados contrarios la disminuyen. Una incógnita que se deriva de esta investigación es que ¿la felicidad potencia el impacto de los programas educativos sobre la diabetes?

En un estudio realizado por Treviño et al. (2004) sobre la efectividad de un programa de bienestar sobre los niveles de glucosa. La cual se desarrolló durante 55 sesiones, empleando el grupo experimental y grupo control, se encontró que los sujetos sometidos al programa (grupo experimental) tuvo un mejor control glucémico. Se recomienda estudiar si estos resultados se mantienen en el tiempo.

1.3. Reflexiones:

El bienestar como constructo multidimensional presenta importantes limitaciones cuando se desea medir, pues es un constructo que engloba diversos aspectos. Aunque existen algunas investigaciones del bienestar en el área de la diabetes, no se puede hablar de resultados concluyentes, pues la relación que se plantea no se encuentra directamente relacionado con el mismo, es decir, el énfasis se encuentra en otras variables psicosociales no en el bienestar como “constructo”, por ejemplo, calidad de vida, apoyo social, resiliencia, espiritualidad, entre otras. Si nos referimos a la postura hedónica del constructo nos encontramos con la misma situación, son muy pocos los estudios que aborden estas emociones que cuentan con solidez metodológica. Existen algunos estudios exploratorios de carácter cualitativo que pueden aportar un poco de información acerca del área, por ejemplo el realizado por Buchhorn y Marques (2007) sobre las vivencias del adolescente con diabetes.

2. Calidad de vida:

2.1 Aspectos Conceptuales:

Según Vinaccia y Orozco (2005) la calidad de vida es un constructo que abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, se relaciona con las funciones y las

relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual comprende el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.

Específicamente en el área de la salud, se habla de Calidad de Vida en Salud, y se define como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de reducción de oportunidades por motivos de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (Patrick y Erickson, 1993 c.p. Schwartzmann, 2003). En este mismo sentido, pero de una forma más genérica De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero (2004) la define como una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud.

Sin embargo, no existe consenso en las dimensiones que debe abarcar el constructo, debido en que las dimensiones que se contemplen dependerán del autor, lo que imposibilita el consenso en la definición del mismo y por ende problemas en la medición y comparación de resultados entre las investigaciones. Por ejemplo, Zaragoza (2007) define a calidad de vida en salud como funcionalidad en las siguientes áreas: psicoemocional, social, física, ocupacional-laboral, percepción de bienestar y salud, sexual y cognitiva. Mientras que Salazar, Colunga, Pando, Aranda y Torres (2007) contempla solamente las dimensiones de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional.

2.2. Investigaciones sobre Calidad de Vida en el área de la diabetes:

Como afirman Cardenás, Pedraza y Lerma (2005) debido a la falta de acuerdo que existen entre los investigadores de las dimensiones que se deben contemplar para la medición adecuada del constructo, se tiene muy poco conocimiento sobre cómo se ve afectado la calidad de vida en los diabéticos, sin

embargo, se conoce que tienen una pobre calidad de vida sobre todo en el área del funcionamiento físico. En cuanto a las variables clínicas se conoce que el tiempo de padecimiento de la enfermedad, el presentar complicaciones, la inactividad física y el llevar sólo tratamiento farmacológico como parte de su atención médica; son variables predictoras de la calidad de vida. Referente al control de la glicemia los resultados son contradictorios en relación a quien percibe mejor calidad de vida.

A continuación se presentan algunas investigaciones realizadas en el área:

Vinaccia y cols (2006) se propusieron estudiar la calidad de vida y la conducta de enfermedad en personas con diabetes y observar si existe relación entre ellas. Encontraron que la función física está inversamente relacionada con la percepción psicológica y somática de la enfermedad. La salud mental también se encontró inversamente relacionada a la distorsión afectiva, la negación y la irritabilidad. Se recomienda tomar en consideración la influencia del sexo y de las estrategias de afrontamiento para futuras investigaciones.

Por otra parte, Salazar, Colunga, Pando, Aranda y Torres (2007) se plantearon investigar la calidad de vida en sujetos con o sin diabetes. Para tal fin, se empleó un estudio comparativo. Se encontró que las personas con diabetes consideran mejor su calidad de vida en comparación a los sujetos que no poseen la enfermedad, estos autores no esperaban estos resultados y recomiendan para futuras investigaciones tomar en consideración la edad de los participantes, debido a que creen que como la muestra de diabético poseía un promedio en edad de 56 años (existiendo diferencias significativa con la otra muestra) eran más proclive a sentirse satisfecho con lo que hasta el momento habían obtenido en su vida. Sin embargo, en un estudio correlacional realizado por Cardenás, Pedraza y Lerma (2005) encontraron que la calidad de vida no era influenciada ni por la edad ni por el estado marital, pero si diferencias en el género, reportando con mayor calidad de vida los hombres. Mientras que en un estudio transversal realizado por Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz y Ponce-de-León-Rosales (2005) donde el objetivo era determinar la relación de algunos factores clínicos y psicosociales con la percepción global de la calidad de vida de pacientes con diabetes; encontraron

que las mujeres presentaban una mejor calidad de vida que los hombres, y el tener una pareja y apoyo social correlacionaba positivamente con la calidad de vida. Entre los factores psicológicos el impacto emocional de la enfermedad y su rechazo correlacionaba negativamente con el constructo. Concluyen que los factores emocionales influyen más en la calidad de vida que las características de la enfermedad.

2.3. Reflexiones:

En relación al estudio de calidad de vida en diabetes se puede observar que por la naturaleza del constructo (multidimensional) existen numerosos problemas de medición debido a que los instrumentos no consideran las mismas dimensiones y por ende los resultados no son comparables. Esto conlleva a que existan diversas contradicciones entre los resultados en el área. Variables tales como edad, género, estado marital se presentan como variables mediadoras importantes a estudiar. La mayoría de los estudios son correlacionales y muy pocos emplean instrumentos específicos de calidad de vida en la diabetes.

3. Emociones:

3.1. Aspectos Conceptuales:

Según Fernández-Abascal y Palmero (1999) las emociones son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su homeostasis. Son procesos adaptativos que ejecutan programas de acción genéticamente determinados, que se activan instantáneamente y que movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos. La principal función de la emoción es la organización.

Las emociones tienen su sede biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominado sistema límbico, que incluye el hipocampo, la circunvalación del cuerpo calloso, el tálamo anterior y la amígdala. La amígdala, además de desempeñar otras funciones, es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional. Las conexiones neuronales entre estas estructuras ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del cerebro, el

neocortex, son muchas y directas, lo cual asegura una comunicación de vértigo muy adaptativa en términos evolutivos (Ledoux, 1996 c.p Vecina 2006).

Se debe destacar que aunque existe cierto consenso entre la definición de emoción y de los diferentes estados emocionales, actualmente se presentan algunas diferencias entre los teóricos en cuanto a su definición y caracterización, lo que conlleva a problemas en la medición. Es importante destacar que la visión que actualmente se tiene de la emoción no es como un estado como se ha venido planteando sino como un proceso.

En relación a las emociones y la salud, se plantea que las respuestas emocionales desadaptativas pueden ser las desencadenantes de crisis, responsables de las recaídas. También de forma inversa, las emociones negativas pueden ser consecuencia de la pérdida de salud. Pero las emociones positivas deshacen los efectos negativos que originan las emociones negativas, lo que iría asociado a un menor desgaste del sistema cardiovascular y con ellos a un mejor estado de salud (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Vecina 2006).

Según Siqueira, Joel y dos Santos (2008) las personas que poseen algún padecimiento físico sufren la influencia de los aspectos emocionales, pues la enfermedad genera una cierta fragilidad. Los aspectos psicológicos, pueden aumentar la intensidad de la diabetes, estando asociados a un incremento en el riesgo de síntomas de ansiedad y depresión.

3.2. Investigaciones sobre las Emociones en el área de la diabetes:

En un estudio realizado por Siqueira, Joel y dos Santos (2008) cuyo objetivo fue conocer los sentimientos y las reacciones emocionales de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo II, encontraron que el diagnóstico de la diabetes llegó acompañado de vivencias cargadas por sentimientos disfóricos, tales como "tristeza", "rabia", "revuelta", "choque" y "susto", por tal motivo, recomiendan considerar dichas emociones para potenciar los programas educativos sobre la diabetes, por ejemplo para incrementar la adherencia al tratamiento.

En este mismo sentido, Pineda y cols (2004) plantearon un estudio cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión y su sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados indicaron que un 55% de los pacientes evidenciaron algún nivel de depresión. Los sujetos de sexo femenino evidenciaron niveles más graves de depresión, y un mayor índice de sintomatología característica de esta alteración del estado de ánimo, que los hombres. Las conclusiones del presente estudio confirman la comorbilidad entre la depresión y la diabetes mellitus tipo 2 y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica, debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes.

En otro estudio realizado, pero ya no de tipo descriptivo como el anterior sino de tipo correlacional, Lane et al (2000) plantearon determinar si los rasgos de personalidad normal se encuentran asociados con variaciones en el control de la glicemia en pacientes con diabetes tipo II. Para tal fin correlacionaron las mediciones realizadas por medio del NEO-PIR-R y las medidas de hemoglobina glicosilada y los niveles de glucosa en sangre. Realizaron tres mediciones. Encontraron que la hostilidad se encuentra correlacionada con un alto control de la glicemia (en la primera medición) mientras que el altruismo se encuentra asociada con un pobre control glicémico (durante todas las mediciones). Del anterior hallazgo se desprendieron las siguientes interrogantes: ¿La hostilidad correlaciona igualmente con la diabetes tipo I? ¿Moderados niveles de hostilidad pueden aumentar el control de diabetes?

3.3 Reflexiones:

En relación al estudio de las emociones en la diabetes, las investigaciones giran en torno a la relación de las emociones negativas y la enfermedad como por ejemplo la depresión y la ansiedad (aunque estos son estados y no emociones), la aproximación es en gran medida cualitativa o correlacionales. En la mayoría de las investigaciones se focalizan las emociones como una variable que se encuentra relacionada con otra que la engloba por ejemplo estrés, diagnóstico de la

enfermedad, tipo de personalidad, entre otras. Aunque como afirma Méndez y Beléndez (1994) la relación entre el estrés y la diabetes se puede establecer de dos formas: el efecto directo sobre el metabolismo y su efecto sobre la conducta saludables como por ejemplo de adherencia. Los resultados son inconclusos sobre todo en su efecto sobre el metabolismo y se amerita más investigaciones sobre la misma.

4. Apoyo Social:

4.1 Aspectos conceptuales:

De acuerdo a Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez y García (2006) definen el apoyo social como una de las funciones de las redes sociales, entendiéndose como redes sociales al conjunto de personas con las que se comunica un individuo, características de los lazos que se establecen y tipos de interacciones que se originan.

Por su parte, Thots (1985, c.p. Clemente, 2003) definen al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con el otro. Se entiende por necesidades sociales básicas a la pertenencia, afiliación, afecto, identidad, seguridad y aprobación. Estas necesidades se pueden cubrir por medio de la ayuda socioemocional o por la previsión de ayuda instrumental. Por las anteriores razones se considera un constructo multidimensional.

Sin embargo, Sarason, Sarason y Pierce (1990) consideran que una amplia teoría de soporte social debería considerar los siguientes factores: la cantidad de relaciones, su estructura formal, su densidad y reciprocidad, y el contenido de estas relaciones como reflejo de soporte social.

A partir de las pruebas proporcionadas por los estudios acerca de la influencia del soporte social sobre la salud, Berkman y Glass (2000, c.p. Otero y cols, 2006) han elaborado un modelo conceptual sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud. El modelo expuesto presenta una cascada de acontecimientos, en la que los condicionantes socioestructurales de una comunidad determinan unos patrones de redes sociales específicos que, a través

de distintos mecanismos, actúan sobre vías comunes psicológicas, fisiológicas o de hábitos de vida (saludables o nocivos) que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud.

4.2 Investigaciones sobre el Apoyo Social en el área de la diabetes:

Antes de comenzar a exponer las investigaciones que se encuentran en el área se debe expresar los planteamientos de Sarason, Sarason y Pierce (1990) que sostienen que existe una necesidad de reconceptualización y redefinición del constructo de "Apoyo Social" y que existe un grave problema con la confiabilidad de las medidas. Además agregan que las medidas de soporte social pueden estar basadas sobre la percepción general de su disponibilidad actual o de las creencias de soportes que pueden estar disponibles.

Habiendo resaltado estas deficiencias que se encuentran en la medición del constructo se procederá a reportar las investigaciones que se encuentran en el área:

En un estudio realizado por Martínez y Torres (2007) cuyo objetivo fue explorar y analizar la importancia de la familia del adolescente diabético tipo I, para su tratamiento y control. La muestra fue de padres de adolescentes diabéticos. Los resultados arrojaron que la madre era quien mayormente se encargaba del tratamiento del adolescente; luego del diagnóstico la comunicación entre pacientes y familiares mejoró; la sobreprotección por el familiar enfermo mejora el control de la glicemia, y los familiares se deprimen por la enfermedad del paciente. De estos resultados se desprende la siguiente interrogante: la sobreprotección que brindan los padres a sus hijos adolescentes diabéticos es favorable, pero ¿dicha sobreprotección tendrá el mismo efecto en edades posteriores a la adolescencia?

Corroborando estos hallazgos se encuentra la investigación realizada por Rodríguez-Moran y Guerrero-Romero (1997) que al igual que la investigación anterior se propusieron determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes no insulino dependientes. Se diseñó un estudio de casos y controles, considerando como casos a los diabéticos con una glicemia

mayor a 140; y controles a los que se encuentran por debajo de este valor. Se encontró que el apoyo familiar que recibe el paciente se asocia con una glucemia menor a 140. Los autores recomiendan dirigir las intervenciones al grupo social del paciente, para que por esta vía éste aumente su adherencia al tratamiento.

Otra investigación que avala los anteriores resultados es la realizada por Tejada, Grimaldo y Maldonado (2006) de corte cualitativa y cuyo propósito fue explorar las percepciones de los enfermos diabéticos y sus familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Se encontró que el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permiten mantener el control de su enfermedad. Los autores recomiendan que los profesionales de la salud deban considerar la dimensión de la familia e incluso otras redes sociales como otros parientes y amigos cuando brindan atención al enfermo de diabetes.

4.3 Reflexiones:

Al parecer los resultados son concluyentes en cuanto a la influencia del Apoyo Social en el control de la glucemia, independientemente del instrumento de medida; sin embargo, estos resultados se pueden matizar asociando esta variable con la edad como se propuso anteriormente, además sería recomendable comparar la efectividad de diferentes apoyos sociales como por ejemplo proveniente de familiares y de amigos, para observar si existen diferencias en su impacto considerando la fuente. Las investigaciones en el área son tanto cualitativas como cuantitativas.

5. Locus de Control:

5.1. Aspectos conceptuales:

Según Peña, Cañoto y Santalla (2006) es un concepto que describe la percepción de una persona de la responsabilidad por los sucesos en su vida. Se refiere a si la persona tiende a ubicar esa responsabilidad en forma interna, dentro de sí misma, o externa, en el destino, la suerte o el azar.

Según Wallston (2004) los resultados sostienen que:

- Los sujetos con alto locus de control interno tienden a poseer conductas saludables.
- Los sujetos con altos puntajes en locus de control externo mediado por el azar tienden a estar deprimidos y estresados.
- Correlación inversa entre locus de control interno y locus de control externo mediado por el azar.
- Correlación positiva entre locus de control interno y locus de control externo mediado por el poder de otros sobre las conductas saludables.

Este mismo autor sostiene que el locus de control es una medida indirecta mientras que las medidas de dominio y de autoeficacia suelen ser consideradas como directas de la percepción del control.

De acuerdo a Marks (1998) originalmente Rotter definió el constructo como unidimensional (interno y externo), pero actualmente se concibe como un constructo multidimensional.

Es importante destacar que existe una distinción entre control percibido y control personal, que aunque no forma parte de la teoría de Locus de Control, pertenece a esa gran área que algunos autores han denominado Psicología del Control. Según Walker (2001) *el Control Percibido* hace referencia a las creencias o pensamientos que puede tener un sujeto de tener el control. Mientras que el *Control Personal* está basado directamente sobre la acción personal, es decir, la autodeterminación de un evento. Además se puede agregar una última distinción con el concepto de *Control Personal Percibido* que hace referencia a las creencias que tiene un individuo de ser capaz de determinar o influir sobre eventos o situaciones importantes.

5.2. Investigaciones sobre Locus de Control en el área de la diabetes:

Como plantea Palenzuela (1984, c.p. Linares, 2002) se puede hablar de una Psicología de Control cuyas bases son: Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, Teoría de la Indefensión Aprendida, Teoría del Aprendizaje Social de Rotter y las Teorías Psicosociales de Afrontamiento. Por tal motivo, cuando se

habla de control y sus respectivas medidas se debe remitir a una teoría particular, incluso se puede observar que en la misma teoría por ejemplo la de Locus de Control, existen distintos modelos que se fundamentan en la misma, por tal razón, los resultados de las investigaciones en la mayoría de los casos no pueden ser comparables, pues emplean escalas que se fundamentan en diversos modelos teóricos aunque hacen referencia al mismo constructo.

Tomando en consideración la anterior premisa, se procederá a exponer algunas investigaciones realizadas en el área:

Maryann, Kamalanabhan y Vasanthi (2004) realizaron una investigación para comparar el locus de control entre pacientes diabéticos y no diabéticos tomando en consideración el género. Para tal fin se empleó el Cuestionario Lochi Survey que incluye los siguientes parámetros (IP - Locus interno personal, IC - Locus interno colectivo, EL - Locus externo por la suerte, EF - Locus externo por el destino, EG - Locus externo por Dios y ED - Locus externo por el Doctor). Se encontraron los siguientes resultados: Las mujeres diabéticas superaron a los hombres diabéticos en todas las dimensiones. El puntaje más alto de las mujeres diabéticas se encontró en la dimensión EG; mientras que en el hombre diabético se encontró en ED. El puntaje más bajo en la muestra diabética (tanto hombres y mujeres) se encontró en IP. Correlación positiva entre las diabéticas y no diabéticas en la dimensión EL y correlación negativa en la dimensión ED. Derivado de lo anterior los autores concluyen que el género puede explicar la diferencia en la adaptación y por ende afectar el locus de control del sujeto.

En un estudio realizado por Trento et al (2007) cuyo objetivo fue investigar el locus de control en diabetes tipo I y tipo II y las posibles diferencias entre pacientes manejados por un grupo de cuidado o por el cuidado tradicional individual. Se encontró que los pacientes con diabetes tipo I tienen un bajo locus de control interno, una mayor actitud fatalista y menos confianza en los otros en comparación a los diabéticos tipo II. El cuidado en grupo resultó efectivo para aumentar el locus de control interno y la confianza en los demás.

Estudiando el sentido de control como factor protector, Cardarelli, Vernon, Baumler, Tortolero y Low (2007) estudiaron las influencias de factores

psicosociales sobre la diabetes, exactamente los factores de sentido de control y soporte social. Se encontró que un mayor sentido de control se asoció con una reducción significativa en el riesgo de la diabetes, y un débil sistema de apoyo social se encuentra asociado aunque no significativamente con dicho riesgo. Los autores sugieren que las futuras investigaciones se deben orientar a evaluar la naturaleza temporal de esta relación.

Para culminar el presente apartado se hará una breve referencia sobre una investigación llevada a cabo en la Universidad Simón Bolívar sobre el locus de control y sujetos con enfermedades renales, que como es bien sabido es una de las complicaciones que conlleva la diabetes. Esta investigación realizada por García y Calvanese (2007) se planteó como objetivo identificar y comparar la calidad de vida percibida de un grupo de pacientes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria continua, hemodiálisis y trasplante renal; además, establecer asociaciones entre la percepción de calidad de vida en las tres modalidades de tratamiento y su relación con locus de control. Referente al constructo que nos compete (locus de control) se encontró que la variable se asoció con la calidad de vida en los trasplantados y en los pacientes de DPAC (diálisis peritoneal ambulatoria continua), encontrando en los primeros la presencia de locus de control interno y del locus de control externo atribuidos a otros con poder (personal médico). En cambio, en los pacientes del segundo grupo resultó más frecuente la utilización del locus de control interno. Estos resultados se evidencian en la experiencia diaria, ya que los pacientes trasplantados y los de hemodiálisis manifiestan una mayor dependencia y una mayor demanda hacia el personal que los atiende, en comparación con los pacientes en DPAC. En los pacientes del grupo de hemodiálisis la calidad de vida no depende de la variable locus de control.

5.3. Reflexiones:

Las investigaciones sobre locus de control y diabetes como se expresó anteriormente se basan en instrumentos que difieren en las dimensiones que contemplan el Locus de Control, por ende, los resultados no se pueden comparar

fielmente. En el área se desarrollan diferentes tipos de estudios tales como descriptivos, correlacionales y explicativos. Una de las variables con que más ha sido relacionada es con el género y el tipo de diabetes. Además se puede observar que generalmente se encuentra asociada con otras variables psicosociales, pero siempre manteniendo su rol principal.

7. Cultura, Religión y Espiritualidad (consistencia hereditaria):

7.1 Aspectos conceptuales:

De acuerdo a Estes y Zitzow (1980, c.p. Spector y Muñoz 2003) el concepto de consistencia hereditaria describe hasta qué grado el estilo de vida de un individuo refleja su cultura tradicional. El concepto de consistencia hereditaria incluye la determinación de los antecedentes étnicos, culturales y religiosos de la persona

Derivado de esta concepción se propone agrupar estas variables debido a que están íntimamente relacionadas como lo indican los estudios que posteriormente se mostraran. Se debe conocer que la religión se concibe como una empresa social o producto cultural y la espiritualidad -aunque no aparece en este modelo- se encuentra íntimamente relacionada con la religión que muchas veces se ha empleado como sinónimo. A continuación se pasará a aclarar tales constructos y su relación con la salud.

De acuerdo a Spector y Muñoz (2003) la cultura es “la suma de creencias, prácticas, hábitos, gustos, aversiones, costumbres, rituales, etcétera, que hemos aprendido de nuestras familias durante los años de socialización” (p.5). Muchos de los componentes esenciales de una cultura pasan inalterados de una generación a otra. Por tal motivo, gran parte de lo que hacemos, pensamos y creemos viene determinado por la herencia cultural.

Derivado de esta concepción, se puede afirmar que muchas de nuestras conductas o estilo de vida que representan un factor de riesgo o de protección para nuestra salud se encuentran fundamentadas en la cultura, por ende resulta importante considerar esta variable en los estudios sobre salud.

Según Millar y Thorensen (2003) la religiosidad y la espiritualidad tienen influencia sobre la salud de las personas, debido a que se pueden considerar como estrategias de afrontamiento. La religión se puede definir como un fenómeno institucional; se caracteriza por tener creencias y prácticas particulares, requiere de miembros y modos de organización social. Mientras que la espiritualidad se entiende como trascendencia. Ambas son constructos multidimensionales. Por su parte, Zavala, Vázquez y Whetsell (2006) plantean que la espiritualidad es la inclinación que presenta un sujeto para encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece. Existen diversas concepciones de espiritualidad como por ejemplo los que creen en Dios y los que no lo hacen.

a. Investigaciones sobre Cultura, Religión y Espiritualidad en el área de la diabetes:

Antes de comenzar se debe expresar tal como lo plantea Millar y Thorensen (2003) que al estudiar estas variables se encuentran graves problemas como por ejemplo si son “temas de investigación científica” debido a que la ciencia se caracteriza por ser materialista y por naturaleza estas variables son opuesta a dicha concepción. Aunque a nuestro modo de ver y como plantean muchos filósofos de la ciencia positivista (ejemplo Bunge) cualquier tema puede ser objeto de investigación científica. Otras deficiencias que se presentan es que las investigaciones llevadas en esta área cuyos hallazgos son correlacionales se han tomado como causales, además de presentar errores estadísticos, diseños y muestreos inadecuados lo que ha originado conclusiones inadecuadas.

Un estudio donde se enfatiza la espiritualidad como variable cultural es el realizado por Samuel-Hodge et al (2000) donde se propusieron identificar la relevancia cultural de algunos factores sociales como el contexto y alguna variables psicosociales como la espiritualidad sobre el estilo de vida de las mujeres africanas con diabetes, específicamente en su dieta y actividad física, empleando una metodología cualitativa de grupos focales. Se encontró que la espiritualidad es una importante estrategia de afrontamiento para incrementar las

conductas saludables y de ajuste a la enfermedad; el estrés del día a día interfiere con el autocontrol y por ende con la práctica de conductas saludables; y el impacto de la diabetes se manifiesta en el surgimiento de sentimientos y emociones de valencia negativas. De esta investigación surgen las siguientes recomendaciones: aproximarse al estudio de la diabetes desde una perspectiva psico-social debido a que es una enfermedad donde las variables sociales, contextuales y psicológicas juegan un papel muy importante.

Otra investigación relacionada con la religión y la cultura fue la realizada por Shuval et al (2008) donde estudiaron el rol de estas variables y el ambiente en la promoción de la actividad física entre los árabes e israelíes. Se usó la técnica de grupos focales bajo la tradición cualitativa de la Teoría Fundamentada. Se encontró que aunque la mayoría de los sujetos no le otorgaban la debida importancia a la actividad física como mecanismo de prevención de enfermedades crónicas, su religión facilitaba la conducta de ejercicio debido a que se encontraba en las santas escrituras. En relación al ambiente y a la cultura, la primera entendida como infraestructura o espacios disponibles facilitaba tal conducta, pero la cultura en cierta medida limitaba la actividad física de las mujeres en público. De esta investigación se desprende la siguiente interrogante ¿qué tendrá mayor influencia en las conductas de las personas, la cultura o sus normas sociales, tomando en consideración que estas se encuentran en contradicción?

Propiamente en el área de la espiritualidad Zavala, Vázquez y Whetsell (2006) se plantearon conocer la correlación entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad estado en una muestra de 190 sujetos con diabetes tipo II con o sin complicaciones. Se encontró que los hombres presentaron mayores niveles de ansiedad que las mujeres; existe una correlación inversamente proporcional entre los niveles de ansiedad y la espiritualidad, y por último se pudo evidenciar que no era la espiritualidad que se manifestaba sino la dimensión de religiosidad. De esta investigación se desprenden las siguientes recomendaciones e interrogantes: Estudiar la relación entre espiritualidad y el avance de la enfermedad (estudio longitudinal). ¿Ser ateo se puede considerar un

factor de riesgo? y ¿cómo es la relación entre los diferentes tipos de religiones y los niveles de ansiedad?

Por su parte, Newlin, Melkus, Tappen, Chyun y Koenig (2008) se propusieron indicar la relación entre religión, espiritualidad y el control de la glicemia en mujeres negras con diabetes tipo II. Para tal fin emplearon un diseño correlacional y descriptivo. Se encontró que la religión y la espiritualidad están relacionadas con el control de la glicemia, sin necesidad de la contribución de otras variables tales como soporte social. Los autores sugieren que estas dos variables pueden incrementar las conductas protectoras de los diabéticos.

b. Reflexiones:

Se ha podido observar que derivado de la naturaleza de estas variables su estudio ha sido a través de la metodología cualitativa debido a la flexibilidad de la misma en cuanto a su abordaje y presupuestos. Sin embargo hay aproximaciones desde la metodología cuantitativa pero dichos estudios tienen como alcance máximo la “correlación”. La religión como empresa social no puede verse aislada de la cultura ya que forma parte de esta, pero no quiere decir que pueda entrar en contradicción, es decir, se pudo observar en la investigación de Shuval et al (2008) que la religión propiciaba la actividad física como conducta de prevención de enfermedades crónicas, pero la cultura entendida como normas sociales limitaba la misma en las mujeres, por tal motivo surge la interrogante ¿cómo influye la contradicción entre las normas sociales y religiosas de la sociedad en la salud de los individuos?. Además en el campo de la religión y la espiritualidad en la diabetes, se ha observado que generalmente éstas fungen como factores protectores, por lo que se puede preguntar si ¿ser ateo implica un factor de riesgo? ¿Habrán diferencias en las religiones en cuanto a su promulgación de conductas saludables?, es decir, ¿habrá alguna religión que correlacione mejor con el autocuidado de la diabetes que otra?

8. Esperanza y Optimismo:

8.1 Aspectos conceptuales:

De acuerdo a Snyder, Sympson, Michael y Cheavens (2001) plantean que el “optimismo” es la tendencia estable a creer que ocurrirán hechos buenos más que malos. Mientras que la “esperanza” es concebida como una característica cognoscitiva que dirige al alcance de una meta. Formalmente es definida como un estado motivacional positivo, que se fundamenta sobre la interacción derivada de la sensación de éxito de nuestra agencia personal y la planificación de alcance de meta. Por su parte, Carr (2004) plantea que el optimismo se puede conceptualizar como un rasgo de personalidad caracterizado por una expectativa general optimista o como un estilo explicativo. Ambos constructos se pueden desarrollar en los individuos y va a depender de muchos factores como por ejemplo de la presencia de modelos y de familias funcionales. Ambos se encuentran correlacionados con la evolución biológica de los individuos.

De acuerdo a Seligman (1998, c.p Contreras y Esguerra, 2006) el optimismo implica un sentido de control personal así como la habilidad para encontrar sentido a las experiencias de la vida y se asocia a una mejor salud mental. Se ha encontrado que esta variable tiene efectos favorables sobre el curso de la enfermedad, aumenta la sobrevivencia en pacientes terminales e incide sobre la percepción de bienestar y salud en general.

En esta misma línea de pensamiento Carr (2004) señala que el optimismo y la esperanza correlacionan positivamente y hasta son predictivos de la salud física y mental de los sujetos.

Asimismo, Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009) plantean que el optimista se relaciona con un mejor estado del sistema inmunitario en comparación al pesimista, y parece prevenir alteraciones en dos respuestas básicas para la supervivencia: la respiratoria y la cardíaca. Además el optimismo favorece un afrontamiento activo del estrés y de los problemas de salud lo cual se encuentra íntimamente ligado a conductas de solución de problemas y de recuperación.

a. Investigaciones sobre Esperanza y Optimismo en el área de la diabetes:

Según Vera (2006) el optimismo promete ser una de las variables más importantes en la investigación en psicología positiva. Algunas de las interrogantes que actualmente se intenta responder son: ¿Qué distingue a una persona optimista de una pesimista? ¿Es bueno ver la vida un poco mejor de lo que en realidad es? ¿Los pesimistas son realistas y los optimistas viven de ilusiones? Sin embargo, según la autora antes de responder a estas preguntas algunas limitaciones de índole metodológica deben ser superadas como por ejemplo el diseño de buenos instrumentos de evaluación.

En relación a esta variable y el área de la diabetes, se puede mencionar al estudio realizado por Fournier Ridder y Bensing (2002) donde se plantearon determinar el rol de la creencia del optimismo en el proceso de adaptación de tres enfermedades crónicas que difieren en el control de autocuidado (diabetes mellitus tipo I, artritis reumatoide y esclerosis múltiple). Para tal fin se empleó un diseño transversal. Las dimensiones por medio de la cual se definió optimismo fueron: expectativa de resultados, expectativa de eficacia y pensamiento irrealista. Se encontró que las expectativas de resultados están relacionadas con menos depresión y menos ansiedad. El pensamiento irrealista no está relacionado con la salud en la diabetes, pero si en la artritis reumatoide. Con la esclerosis múltiple se relaciona a través de estrategias centrada en la tarea. Derivado de estos hallazgos se recomienda considerar el nivel educativo y la edad para relacionar el pensamiento irrealista con ansiedad y depresión.

Estos mismos autores en el año 2004 publicaron un estudio cuyo objetivo era conocer si los pacientes con enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus tipo I y esclerosis múltiple sobreestiman su estado de salud mediante la disminución de los síntomas informados y en qué medida esa visión optimista del estado de salud afecta el autocuidado y el funcionamiento físico. Se empleó un análisis jerárquico de regresión para determinar la relación entre tres conceptos optimistas (expectativas de resultados positivos, expectativa de eficacia positiva y optimismo irrealista). Se encontró que las creencias optimistas no afectan el reporte de síntomas, con la excepción de la dimensión de expectativas de

resultados positivos que se relacionó con un decremento de la fatiga de los pacientes con diabetes, además contribuye al mantenimiento de conductas de autocuidado en ambos pacientes hasta después de los 6 meses. Los autores sugieren estudiar los efectos diferenciales de los distintos conceptos de optimismo, así conocer cómo las creencias optimistas de autocuidado pueden ayudar al control de la enfermedad.

Para finalizar, se reporta la investigación desarrollada por Roy et al. (2010), cuyo propósito fue relacionar el pesimismo-optimismo sobre siete marcadores de inflamación en la aterosclerosis, por medio del empleo de un modelo mediacional, se encontró que el pesimismo está relacionado con altos niveles de inflamación, existiendo un rol mediacional de la diabetes mellitus y la hipertensión, es decir, la existencia de estas patologías aumenta dicha relación.

8.3. Reflexiones:

Se ha podido observar que la variable en psicología resulta ser muy atrayente para su estudio, sin embargo, existen graves problemas a nivel conceptual y metodológico debido a que sus estudios son de reciente data, es decir, aunque como afirma Carr (2004) el optimismo para la época de Freud ya se exploraba, el estudio científico de la misma, data a finales de la década de los 90 con el establecimiento de la psicología positiva, por ende su poco desarrollo. Son pocos los estudios que se han llevado a cabo de esta variable con la diabetes y las investigaciones anteriormente reportadas abren la posibilidad de diferentes definiciones de la variable, por tal razón, su adecuada definición y su estudio en el área resultan de gran interés.

9. Resiliencia:

9.1 Aspectos conceptuales:

Según Bradshaw, Richardson y Kulkarni (2007) la resiliencia es teoría hermana de la teoría de la autodeterminación y de la autoeficacia, ambas perteneciente a la teoría cognitivo-social de Bandura. Sin embargo, la resiliencia se diferencia de los constructos previos porque ésta hace referencia al manejo que

es desarrollado por las características positivas del individuo como esperanza y optimismo. Estas características actúan como amortiguador que reduce la percepción de los eventos estresantes y contribuye al afrontamiento en una vía saludable. Esta teoría sugiere que los individuos dentro de ellos mismos tienen la fortaleza para dirigirse saludablemente. Las investigaciones sobre resiliencia se focalizan sobre la identificación de fortalezas en un individuo más que observar los factores de riesgos que conllevan a problemas psicosociales. La premisa de la resiliencia es que las personas poseen fortalezas selectivas que le ayudan a sobrevivir en la adversidad.

En el ciclo de la vida de toda persona se debe enfrentar con la muerte de familiares o amigos cercanos. Algunas personas al sucederles estos eventos presentan problemas de salud, concentración y de disfrute; mientras que un gran número de personas manejan y soportan temporalmente la agitación o pérdida o eventos potencialmente traumáticos, con ninguna disfunción en sus habilidades o en su funcionamiento en el trabajo o de otras relaciones cercanas, y se mueven o aceptan los cambios con aparente facilidad. Se ha demostrado que la resiliencia es común entre los niños que crecen en condiciones desfavorables (Bonanno, 2004).

Sin embargo, Kern y Moreno-Jimenez (2007) añaden que el estudio de la resiliencia es relativamente reciente en Psicología, y más aun cuando se aplica a las enfermedades crónicas como un factor de riesgo para el desarrollo. Representa un cambio importante de perspectiva, debido a que enfoca el desarrollo positivo, la posibilidad de superación y la adaptación ante la enfermedad.

Derivado de esta visión positiva de la agencia humana, Bonanno (2004) sugiere que existen múltiples vías para desarrollar la resiliencia, como por ejemplo desarrollando una personalidad fortalecida (hardiness), mediante emociones positivas y risas, ejecutando estrategias de represión, entre otras.

a. Investigaciones sobre Resiliencia en el área de la diabetes:

Derivado que el estudio de la resiliencia en sujetos que padecen enfermedades crónicas es relativamente reciente, aunado a la poca claridad del constructo, Kern y Moreno-Jimenez (2007) señalan que el primer problema que se presenta al realizar investigaciones sobre el constructo es la operacionalización del mismo y la postura de que la resiliencia no puede ser evaluada o medida directamente sino que es inferida por medio de otras mediciones. Teniendo claro estas limitaciones, se procederá a exponer algunas investigaciones realizadas en el área:

Bradshaw et al (2007) realizaron una investigación con el propósito de probar la eficacia de un entrenamiento en resiliencia para personas con diabetes que previamente han recibido educación estandarizada de la enfermedad. Fue empleado un diseño de medidas repetidas (línea base, tres meses y seis meses). Los resultados indican que al grupo que se le entrenó en resiliencia obtuvieron un mejor afrontamiento a situaciones de estrés, obtuvieron un incremento en sus actividades físicas y un mejor control de su hemoglobina glicosilada en comparación a los sujetos que se les impartió la educación formal sobre la enfermedad. Los autores recomiendan estudiar el entrenamiento de resiliencia para aumentar la calidad de vida.

Corroborando la resiliencia como factor protector en la diabetes Yi, Vitaliano, Smith, Yi y Weinger (2008) realizaron un estudio cuyo propósito fue investigar el rol amortiguador de la resiliencia sobre el descontrol de la hemoglobina glicosilada y las conductas de autocuidado en la fase de la diabetes relacionada al distress. Para tal fin, emplearon un diseño longitudinal (hasta un año después de la primera evaluación). Se encontró que pacientes con baja y moderados niveles de resiliencia mostraron una fuerte asociación entre el distress y el descontrol de la hemoglobina glicosilada, y baja conducta de autocuidado. Sin embargo, los sujetos con alta resiliencia no mostraron la misma asociación (mucho más baja). Los autores concluyen que la resiliencia funge como factor protector en la diabetes.

Un estudio realizado por Becker y Newson (2005) cuyo objetivo fue examinar la filosofía de ancianos afroamericanos sobre su enfermedad crónica y cómo su filosofía afecta el manejo de su enfermedad. Se encontró la independencia, la tenacidad y la perseverancia como estrategias para afrontar la enfermedad. Su raza fue entendida como un instrumento para afrontar la enfermedad ya que enfatiza la independencia, la espiritualidad y la sobrevivencia. Lo interesante de esta investigación es que conceptualiza a la resiliencia como filosofía de vida que es producto de una manifestación cultural, corroborando aun más que no existe un consenso en su definición.

Por otra parte Yi-Frazier et al. (2009) estudiaron las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en pacientes con diabetes. Esta investigación tiene la peculiaridad de haber medido “resiliencia” a través de la autoeficacia, autoestima, autocontrol y optimismo. Los autores encontraron que no existen diferencias entre los diabéticos tipo 1 y tipo 2 en cuanto a sus estrategias de afrontamiento y sus recursos de resiliencia. Las mujeres mostraron ser menos resilientes y emplear más estrategias evitativas en comparación con los hombres. No hallaron relación entre el control de la glucosa y la resiliencia.

b. Reflexiones:

Es interesante observar que todas las investigaciones que se realizan en el área conciben a la resiliencia como un importante factor protector en la enfermedad, sin embargo, su confusión o variedad de definición hacen dudar de dichos resultados, pues se ha conceptualizado desde filosofía de vida hasta un constructo que engloba a la esperanza, el optimismo, el afrontamiento, entre otros. Por tal motivo, se puede afirmar que la naturaleza o dimensiones del constructo no están claras y por ende dificulta su medición.

10. Autoestima:

10.1 Aspectos conceptuales:

El término “autoestima” es la traducción del concepto “self-esteem” que inicialmente se introdujo en el ámbito de la psicología social y de la personalidad.

Se refiere a la íntima valoración que una persona hace de sí misma. De aquí su estrecha vinculación con otros términos afines (self-concept y "self-efficacy"), sin que apenas se haya logrado delimitar, con el rigor necesario, lo que cada uno de ellos significan (Polaina-Lorente, 2000).

Sin embargo, existen otras aproximaciones para definir el concepto, como por ejemplo la que propone Leary (1999) quien la define como el producto de las interacciones sociales, es el feedback social acerca si un sujeto es aceptado o rechazado por el medio que le rodea. Esta perspectiva se denomina Sociométrica.

Tal como afirma Mruk (1999) existen múltiples perspectivas acerca de la autoestima, a saber: la perspectiva histórica con relevancia actual propuesta por James, la perspectiva psicodinámica propuesta por White, la perspectiva sociocultural propuesta por Rosenberg, la perspectiva conductual propuesta por Coopersmith, la perspectiva humanista propuesta por Branden y por último la perspectiva cognitivo-experiencial propuesta por Epstein.

Así como existen perspectivas, existen definiciones y explicaciones de la autoestima, por ende como afirma Polaina-Lorente (2000) existen dificultades conceptuales acerca de la autoestima, por ejemplo con el límite del constructo de "autoconcepto", además de definirla como el producto de la aceptación social.

a. Investigaciones sobre Autoestima en el área de la diabetes:

Como se ha indicado anteriormente existen diferencias conceptuales entre los autores acerca de lo que se considera "Autoestima", lo que sin lugar a duda conlleva a problemas de medición. En tal sentido, Polaina-Lorente (2000) señala que "en realidad, muchos de estos instrumentos están diseñados más específicamente para la evaluación del autoconcepto que de la autoestima, aunque resulte difícil distinguir en la práctica qué ítems evalúan respectivamente unos u otros contenidos" (p.117).

Haciendo esta salvedad a continuación se expondrá algunas investigaciones realizadas en el área:

En un estudio realizado por Seigel, Golden, Gough, Lashley y Sacker (1990) cuyo objetivo fue si los adolescentes con enfermedades crónicas no

hospitalizados, difieren de sus compañeros sanos, en medidas tales como depresión, autoestima y de acontecimientos de vida. Como era de esperar, se encontró que los adolescentes enfermos puntuaban más alto en depresión y menos en autoestima, en comparación a sus compañeros normales.

En otro estudio realizado por Kneckt, Keinänen-Kiukaanniemi, Knuuttila y Syrjälä (2001) cuyo propósito fue evaluar si la autoestima puede determinar la adherencia al tratamiento de la diabetes y la conducta de salud oral. Para tal fin, se empleó un diseño transversal. Se encontró que la alta autoestima se encuentra relacionada con una adecuada adherencia al tratamiento y con una alta frecuencia del cepillado de los dientes, además que el fortalecimiento de la autoestima en el paciente diabético puede conllevar a mantener el auto cuidado. De esta investigación surge la necesidad de plantear la relación inversa, es decir, ¿una adecuada adherencia al tratamiento aumenta la autoestima?

Con esta misma variable pero relacionada a una de las complicaciones de la diabetes, Martín-Morales, Meijide, García, Regadera y Manero (2005), realizaron un estudio para evaluar la autoestima y autoconfianza de sujetos con disfunción eréctil y compararla con un grupo de sujetos sin disfunción eréctil. Según los autores se considera un estudio epidemiológico, transversal, observacional, comparativo y multicéntrico. Se halló que los sujetos con disfunción eréctil tienen menor autoestima y menor autoconfianza que los sujetos sin disfunción. Y existe una mayor proporción de sujetos con diabetes que presentan disfunción eréctil en comparación a otras enfermedades (hipertensión, depresión y enfermedad de próstata). De la presente investigación se puede deducir la siguiente pregunta ¿Es la presencia de la diabetes o son sus complicaciones la que altera el autoestima?

b. Reflexiones:

Se puede observar que son pocos los estudios en el área donde se estudie la autoestima como variable independiente. Aunque existen pocos estudios sobre autoestima y diabetes, observamos que entre este constructo y algunas de las complicaciones de la enfermedad hay variedad de investigaciones, en

consecuencia surge la pregunta si es la presencia de la diabetes (síntomas y hábitos) o son sus complicaciones la que altera el autoestima. Es importante destacar que el test que frecuentemente se emplea como medida de autoestima es el de Rosenberg.

CONCLUSIONES

Existen numerosas investigaciones en el área de la diabetes que demuestran la importancia de las variables psicosociales como factores de riesgos o protectores en la enfermedad. Por lo que se confirma la premisa de Amigo, Fernández y Pérez (2003) de que el tratamiento médico de la Diabetes Mellitus consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa.

Ahora bien, aunque las investigaciones son contundentes al reportar dicha importancia, se debe destacar que a la mayoría se le puede objetar algunas limitaciones o deficiencias metodológicas, derivadas de la poca claridad o consenso que existen en las definiciones de los constructos, a saber:

El constructo bienestar comprende múltiples aspectos por lo que la tarea de su medición resulta complicada, en la misma situación se encuentra "Calidad de Vida". Debido a sus características multidimensionales, son variables que han sido definidas de diversas formas por lo que los resultados no pueden ser comparables y por ende resultan pocos concluyentes.

Referente al estudio de las "emociones" se observa que la orientación que se le otorga en las investigaciones es de variable que se encuentra contemplada en otra como por ejemplo estrés, diagnóstico de la enfermedad, tipo de personalidad etcétera, es decir, para la realización del presente trabajo documental no se encontró estudios donde se reportaran influencia de alguna emoción concreta sobre la diabetes. En este apartado se debe destacar la importancia del "estrés" en el manejo y control de la enfermedad, debido a que su vía de influencia sobre el control de la glucemia no se encuentra totalmente esclarecida.

El "Locus de Control, al igual que las anteriores variables presenta problemas conceptuales y por ende metodológico, lo importante de esta área es que se ha visto que es muy sensible a las características de la enfermedad

(diabetes tipo I y tipo II) y a las características del paciente (sexo, edad, estrato socioeconómico, entre otras) por lo que su estudio es muy recomendable.

En relación al “Autoestima” se debe afirmar que no se halló ningún estudio en el área donde se considere como variable independiente, por lo que su concepción resulta atractivo en las futuras investigaciones.

Una variable donde existe consenso en cuanto a su impacto sobre la enfermedad es el “Apoyo Social”, sin embargo, se puede afirmar que la mayoría (y su totalidad para las reportadas en este trabajo) es en relación al apoyo social derivado de la familia, por tal motivo se piensa que los estudios deben explorar otras fuentes (amigos, vecinos, entre otras) ya sea para compararlos o para conocer si se siguen obteniendo tales resultados.

Contempladas en el área de la denominada “Psicología Positiva” se encuentran el Optimismo y la Esperanza, la Religión y la Espiritualidad” y la “Resiliencia” que por razones del reciente surgimiento de esta disciplina, los estudios aunque parezcan concluyentes se observa que también existe poca claridad a nivel conceptual, por lo que dichos resultados pueden ser discutibles. Como se ha podido observar los problemas conceptuales y metodológicos se presentan en casi todas las variables, por no decir en todas. Es interesante también considerar que la mayoría de las investigaciones se encuentran referidas a la diabetes tipo II, lo que implica que la diabetes tipo I ofrece un buen campo de estudio, debido a que como se ha señalado anteriormente implica otras caracterizaciones y connotaciones.

Debido al interés del autor y del desarrollo del conocimiento sobre la variable “Optimismo”, la misma resulta un espacio fértil para la investigación, debido a que es una variable de reciente exploración científica. Su claridad conceptual y su relación con los tipos de diabetes, representan el gran reto.

Los psicólogos de orientación experimental tienen un gran compromiso en la redefinición de dichos constructos debido a que como se ha expuesto a lo largo del trabajo existen importantes hallazgos que demuestran la importancia de lo psicológico en la diabetes mellitus, sin embargo, a veces las relaciones no se encuentran totalmente esclarecidas por las confusiones conceptuales que se

tienen todavía sobre el constructo. Tal avance, se supone que repercutirá en el trabajo del psicólogo de la salud debido a que tendrá una mejor comprensión de la relación y por ende generará mayores y mejores tecnologías para combatir las enfermedades y cumplir así su fin último como lo es la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). **Manual de psicología de la salud**. (2ed). Madrid: Pirámide.
- Árcega-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C. y Ponce-de-León-Rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes [Versión electrónica]. **Revista de Investigación Clínica**, **57** (5), 676-684.
- Bradshaw, B., Richardson, G. y Kulkarni, K. (2007). Thriving with diabetes. An introduction to the resiliency approach for diabetes educators [Versión electrónica]. **The Diabetes Educator**, **33** (4), 643-649.
- Becker, G. y Newson, E. (2005). Resilience in the face of serious illness among chronically ill African americans in later life [Versión electrónica]. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, **60**, 214-223.
- Bonanno, G. (2004). Loss, Trauma and Human Resilience [Versión electrónica], **American Psychologist**, **59** (1), 20-28.
- Buchhorn, E. y Marques, C. (2007). Siendo transformado por la enfermedad: La vivencia del adolescente con diabetes [Versión electrónica], **Revista Latinoamericana de Enfermería**, **15** (4).
- Cardarelli, K., Vernon, S., Baumler, E., Tortolero, S. y Low, D. (2007). Sense of control and diabetes mellitus among U.S. adults: A cross-sectional analysis [Versión electrónica], **BioPsychoSocial Medicine**, **1** (19), 1-6.
- Cardenás, V., Pedraza, C. y Lerma, R. (2005). Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 [Versión electrónica], **Ciencia UANL**, **8** (3), 351-357.
- Carr, A. (2004). **Positive psychology**. Gran Bretaña, Inglaterra: Routledge.
- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica [Versión electrónica], **Interdisciplinaria**, **20** (1), 31-60.

- Contreras, F. y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: Una nueva perspectiva en psicología [Versión electrónica]. **Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología**, **2** (2), 311-319.
- De los Ríos, J., Sánchez, J., Barrios, P. y Guerrero, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [Versión electrónica], **Revista Médica del IMSS**, **42** (2), 109-116.
- Dios, C., Avedillo, C., Palao, A., Ortíz, A. y Agud, J. (2003). Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos [Versión electrónica]. **The European Journal of Psychiatry**, **17** (3), 171-182.
- Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. En E. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds). **Emociones y salud**. Barcelona, España: Ariel.
- Fournier, M., Ridder, D. y Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness [Versión electrónica]. **Personality and Individual Differences**, **33**, 1163-1183.
- Fournier, M., Ridder, D. y Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self-care behavior and physical functioning? [Versión electrónica]. **Journal of Psychosomatic Research**, **56**, 341-350.
- Gallar, M. (2006). **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente**. (4ed). Madrid: Thomson.
- García, H. y Calvanese, N. (2007). Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal [Versión electrónica]. **Anales de la Universidad Metropolitana**, **7** (1), 205-222.
- Guerrero, F. (2005). **Vivir con diabetes**. Buenos Aires: Imaginador.
- Kern, E. y Moreno-Jimenez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: Aspectos teóricos [Versión electrónica]. **Psicología em Estudo, Maringá**, **12** (1), 81-86.
- Knecht, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Knuuttila, M. y Syrjälä, A. (2001). Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens [Versión electrónica]. **Journal of Clinical Periodontology**, **28** (2), 175-180.

- Lane, J., McCaskill, C., Williams, P., Parekh, P., Feinglos, M. y Surwitt, R. (2000). Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes [Versión electrónica], **Diabetes Care**, **23** (9), 1321-1325.
- Leary, M. (1999). Making sense of self-esteem [Versión electrónica], **Current directions in psychological science**, **8** (1), 32-35.
- Lent, R.W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychological adjustment [Versión electrónica], **Journal of Consulting Psychology**, **51** (4), 482-509.
- Linares, E. (2002). Los juicios de control sobre los agentes de salud: Variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Marks, L. (1998). Deconstructing locus of control: Implications for practitioners [Versión electrónica]. **Journal of Counseling and Development**, **76**, 251-260.
- Martín-Morales, A., Mejjide, F., García, J., Regadera, L. y Manero, M. (2005). Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y autoconfianza [Versión electrónica], **Actas Urológicas Española**, **29** (5), 493-498.
- Martínez, B. y Torres, L. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente [Versión electrónica], **Psicología y Salud**, **17** (2), 229-241.
- Maryann, E., Kamalanabhan, T. y Vasanthi, M. (2004). Locus of control among diabetic and non-diabetic Patients - A comparative study [Versión electrónica]. **Journal Social Sciences**, **8** (3), 221-226.
- Méndez, F. y Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención [Versión electrónica], **Anales de Psicología**, **10** (2), 189-198.
- Millar, W. y Thorensen, C. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field [Versión electrónica]. **American Psychologist**, **58** (1) 24-35.
- Mruk, C. (1998). Autoestima. Investigación, teoría y práctica. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Newlin, K., Melkus, G., Tappen, R., Chyun, D. y Koenig, H. (2008). Relationships of religion and spirituality to glycemic control in black women with type 2 diabetes [Versión electrónica]. **Nursing Research**, **57** (5), 331-339.

- Otero, A., Zunzunegui, M., Béland, F., Rodríguez, A. y García, M. (2006). **Relaciones sociales y envejecimiento saludable**. Madrid: Fundación BBVA.
- Peña, G., Cañoto, y. Santalla, Z. (2006). **Una introducción a la psicología**. Caracas: UCAB.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M. y cols. (2004). Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 [Versión electrónica], **Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica**, **23** (1).
- Polaina-Lorente, A. (2000). Una introducción a la psicopatología [Versión electrónica], **Revista Complutense de Educación**, **11** (1), 105-136.
- Ribes, E. (1984). **Técnicas de modificación de conducta: Su aplicación al retardo en el desarrollo**. México: Trillas.
- Rivera, E. (2001). **Diabetes Mellitus: Programa completo para su tratamiento dietético**. México: Pax Mexico.
- Rodríguez-Moran, M. y Guerrero-Romero, J. (1997). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia [Versión electrónica], **Salud Pública México**, **39** (1).
- Roy, B., Diez-Roux, A., Seeman, T., Ranjit, N., Shea, S. y Cushman, M. (2010). Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA) [Versión electrónica]. **Psychosomatic medicine**, **72** (2), 134-40.
- Salazar, J., Colunga, C., Pando, M., Aranda, C. y Torres, T. (2007). Diabetes y calidad de vida: Estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo II atendidos en centro de salud en Guadalajara [Versión electrónica], **Investigación en Salud**, **9** (2), 88-93.
- Samuel-Hodge, C., Headen, S., Skelly, A., Ingram, A., Keyserling, T, Jackson, E. et al. (2000). Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among african-american women. Spirituality, the multi-caregiver role, and other social context factors [Versión electrónica], **Diabetes Care**, **23** (7), 928-933.
- Sarason, B., Sarason, I. y Pierce, G. (1990). Theoretical and practical implications of defining and assessing social support. En B. Sarason, I. Sarason. y G. Pierce (Eds). **Social support an interactional view**. USA: John Wiley & Son.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales [Versión electrónica], **Revista de Ciencia y Enfermería**, **9** (2), 9-21.
- Shuval, K., Weissblueth, E., Brezis, M., Araida, A., Faridi, Z., Ali, A. et al. (2008). The Role of Culture, Environment, and Religion in the Promotion of Physical Activity among Arab Israelis [Versión electrónica], **Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Police**, **5** (3).
- Seigel, W., Golden, N., Gough, J., Lashley, M. y Sacker, I. (1990). Depression, self-esteem, and life events in adolescents with chronic diseases [Versión electrónica], **Journal adolescent Health Care**, **11** (6), 501-504.
- Simón, M. (1996). **Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención**. Madrid, España: Pirámide.
- Siqueira, D., Dos santos, M., Zanetti, M. y Ferronato, A. (2007). Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad [Versión electrónica], **Revista Latinoamericana de Enfermería**, **15** (6).
- Siqueira, D., Joel, L. y dos Santos, M. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2 [Versión electrónica]. **Revista Latinoamericana de Enfermería**, **16** (1).
- Snyder, C., Sympson, S., Michael, S. y Cheavens, J. (2001). Optimism and hope constructs: variants on a positive expectancy theme. En E. Chang (Ed). **Optimism & pessimism**. Washington, EEUU: American Psychological Association.
- Spector, R. y Muñoz, M. (2003). **Las culturas de la salud**. Madrid, España: Prentice Hall.
- Tejada, L., Grimaldo, B. y Maldonado, O. (2006). Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento [Versión electrónica]. **Revista de Salud Pública y Nutrición**, **7** (1).
- Trento, M., Tomelini, M., Basile, M., Borgo, E., Passera, P., Miselli, V. et al. (2007). The locus of control in patients with Type 1 and Type 2 diabetes managed by individual and group care [Versión electrónica]. **Diabetic Medicine**, **25**, 86-90.
- Treviño, R., Yin, Z., Hernández, A., Hale, E., García, O. y Mobley, C. (2004). Impact of the bienestar school-based diabetes mellitus prevention program on fasting capillary glucose levels [Versión electrónica]. **Archives of Pediatrics Adolescent Medicine**, **158**, 911-917.

- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva [Versión electrónica], **Anuario de psicología clínica y de la salud**, **5**, 15-28.
- Vecina, M. (2006). Emociones positivas [Versión electrónica]. **Papeles del Psicólogo**, **27** (1), 9-17.
- Vera, P. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología [Versión electrónica], **Papeles del Psicólogo**, **27** (1), 3-8.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F. y cols. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II [Versión electrónica]. **Suma Psicológica**, **13** (1), 15-31.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas [Versión electrónica], **Perspectiva en Psicología**, **1** (2) 125-137.
- Walker, J. (2001). **Control and the psychology of health**. Philadelphia, EEUU: Open University Press.
- Wallston, K.A. (2004). **Control and health. In Norman Anderson**. Encyclopedia of health & behavior. EEUU: Sage.
- Yi, J., Vitaliano, P., Smith, R., Yi, J. y Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes [Versión electrónica], **British Journal of Health Psychology**, **13** (2), 311-325.
- Yi-Frazier, J., Smith, R., Vitaliano, P., Yi, J., Mai, S. y Hillman, M. (2009). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes [Versión electrónica]. **Stress and health**, **26**, 51-60.
- Zabala, M., Vázquez, O. y Whetsell, M. (2006). Bienestar individual y ansiedad en pacientes diabéticos [Versión electrónica]. **Revista Aquichan**, **6** (1), 8-21.
- Zaragoza, J. (2007). Severidad de la EPOC y calidad de vida: El rol moderador del afrontamiento y la autoeficacia. Tesis de maestría no publicada, Universidad Simón Bolívar, Caracas.