

CALIDAD DE VIDA, MALESTAR EMOCIONAL Y TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN UN MUNICIPIO DE HIDALGO, MÉXICO

QUALITY OF LIFE, EMOTIONAL DISTRESS AND TIME DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN A TOWN OF HIDALGO, MEXICO

**Daniela Andrea Bautista Márquez^a; María Teresa de Lucio Tapia^b; Jesús Javier Higareda Sánchez^c;
Angélica Romero Palencia^d. doi.org/10.37646/huella.v14i14.13**

Notas sobre los autores:

^a Licenciada en psicología por la Universidad La Salle Pachuca.

^b Maestra y profesora de la licenciatura de la Universidad La Salle Pachuca.

^c Doctorante en psicología social y ambiental Universidad Nacional Autónoma de México.

^d Doctora en psicología social y ambiental Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Esta investigación fue financiada con recursos de los autores. Los autores no tienen ningún conflicto de interés al haber hecho esta investigación.

Remita cualquier duda sobre este artículo al siguiente correo electrónico: andrea.bmarquez@hotmail.com

Recibido:13/05/2020

Corregido: 16/08/2020

Aceptado:1/09/2020



Copyright (c) 2020 Daniela Andrea Bautista Márquez. Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Resumen

Objetivo: Identificar la relación entre la calidad de vida, tiempo de diagnóstico y malestar emocional.

Método: Se realizó un estudio transversal correlacional en 58 personas, entre 1 a 36 años desde su diagnóstico. Se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) ($\alpha = .93$) y el Cuestionario de Malestar Emocional Relacionado a la Diabetes (PAID) ($\alpha = .90$).

Resultados: Se obtuvo una correlación positiva, directamente proporcional y estadísticamente significativa entre las subescalas: 7 (InCaViSa) con el tiempo de diagnóstico; 3,5 y 6 (InCaViSa) con las emociones negativas, apoyo social y tratamiento (PAID), siendo congruente con los estudios del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman.

Conclusión: Existe correlación entre la calidad de vida, malestar emocional y tiempo de diagnóstico en las personas con DT2 que asisten al Centro de Salud de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México.

Palabras clave: calidad de vida; diabetes tipo 2; malestar emocional; tiempo de diagnóstico.

Abstract

Objective: To identify the relationship between quality of life, time diagnosis and emotional distress.

Method: A correlational cross-sectional study was conducted in 58 people, between 1 to 36 years of diagnosis. The Quality of Life and Health Inventory (InCaViSa) ($\alpha = .93$) and the Diabetes-Related Emotional Distress Questionnaire (PAID) ($\alpha = .90$) were used.

Results: A positive, directly proportional and statistically significant correlation was obtained between the subscales: 7 (InCaViSa) with the time of diagnosis; 3,5 and 6 (InCaViSa) with negative emotions, social support and treatment (PAID), being congruent with the studies of the transactional model of stress by Lazarus and Folkman.

Conclusion: There is a correlation between quality of life, emotional distress and time diagnosis in people with DT2 who attend the San Agustín Tlaxiaca Health Center, Hidalgo, Mexico.

Keywords: quality of life; type 2 diabetes; emotional distress; time diagnosis.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) menciona que la prevalencia mundial de la Diabetes Tipo 2 (DT2) en adultos casi ha llegado al doble desde 1980, pues de un 4.7% aumentó a un 8.5%. Ante esto cabe mencionar que, en México, la DT2 es considerada como la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). En Hidalgo la incidencia de este padecimiento es alta, registrándose alrededor de veinticuatro casos diagnosticados de DT2 por día (García, 2018).

Asimismo, cabe mencionar que se considera que en 10 años habrá 5 millones más de personas con diabetes en América Latina, con mayores manifestaciones en las zonas urbanas, donde alcanza entre 7 y 8 % de la población, que en las zonas rurales con un 1 a 2% (Forbes México, 2015). De acuerdo con la OMS las condiciones en las que la población nace, crece, vive, trabaja, envejece, así como el tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad son los que determinan la desigualdad y la inequidad social, condiciones que están a su vez influidas por fuerzas políticas y económicas de

cada región (Díaz-Perera, Bacallao y Alemañy, 2012 en Moreno-Altamirano, García-García, Soto-Estrada, Capraro y Limón-Cruz, 2014).

Es importante destacar que, en los países con una situación económica media o baja, como lo es México, aproximadamente la mitad de las muertes por DT2 son personas menores de 70 años, presentándose más en mujeres con un 55%, esto, posiblemente debido, a los malos hábitos alimenticios y estilo de vida de la población mexicana (Fundación Mídete, 2016). A su vez, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) menciona que, aunado a esto, dentro de los factores que perjudican la calidad de vida del individuo en México, se encuentran los bajos ingresos, largas jornadas laborales y un preocupante clima de violencia (Barboza, 2015).

Cabe destacar que la DT2 es la incapacidad que tiene el cuerpo para ocupar la insulina de manera eficaz, lo que frecuentemente es consecuencia del sobrepeso o la inactividad física (Organización Mundial de la Salud, 2017). Esta enfermedad crónica llega a afectar múltiples órganos, tales como el corazón, nervios,

ojos y riñones, debido a complicaciones como la cetoacidosis diabética o enfermedades cardiovasculares, las cuales, a largo plazo, pueden incurrir en una pérdida de capacidades o en casos extremos, la muerte (GaeaPeople, 2019; Mayo Clinic, 2018; Miranda, Villegas y Plata, 2017).

Existen diversos factores relacionados con la DT2 que posiblemente afecten la calidad de vida de los individuos que la padecen. Estos factores pueden comenzar con el impacto que tiene el diagnóstico en el individuo, es decir, las demandas que presenta el tratamiento pueden colocar al paciente o a sus familiares ante situaciones que causan la aparición de reacciones emocionales negativas. Estas reacciones surgen por la inseguridad que les ocasionan las posibles complicaciones futuras, el miedo a niveles altos o bajos de azúcar, repercutiendo de manera negativa en sus áreas físicas, cognitivas, motoras y, la constancia que ahora debe de tener con el régimen médico, el cual exige restricciones en el estilo de vida tanto familiar como individual (Anarte, 2004 en Machado, Anarte y Ruíz de Adana, 2010).

Por lo tanto, las personas que padecen estas enfermedades crónicas diagnosticadas deberán incorporar el rol de paciente en su vida para poder adaptarse a su problema de salud, lo cual hace que el individuo entre en un periodo de crisis acentuado por un desequilibrio tanto físico como social y psicológico (Taylor, 2007). Es por esto por lo que, de acuerdo con Rodríguez, Camacho, Escoto, Contreras y Casas (2014), el apoyo familiar es un actor fundamental para el apego al tratamiento y apropiación

de la enfermedad por parte del paciente, siendo la estructura de ayuda fundamental en el paciente ante su nueva condición de salud.

Con respecto al impacto social, cabe destacar que el individuo con categoría de diabético/diabética, posiblemente se convierta en una «carga» importante tanto para los otros como para sí mismo, ante lo cual puede responder con actitudes negativas, debido a la presión de la familia, amigos y/o compañeros de trabajo en realizar las conductas necesarias para tener un control en el nivel de glucosa (Balcázar, Gurrrola y Moysén, 2012; Viner, McGrath y Trudinger, 1996 en Morales, 2012).

De ahí que las personas con DT2, frecuentemente presenten agudas etapas de estrés, depresión y ansiedad, las cuales el sujeto llega a superar y/o a aprender a controlar, desde lo que socialmente significa vivir con una enfermedad crónica-degenerativa (González, Tinoco y Benhumea, 2011). Cabe mencionar que el estrés relacionado con la diabetes es un término que también es conocido como *Diabetes Distress* o malestar emocional, en el cual se pueden presentar reacciones emocionales normales tales como el miedo, preocupación e incertidumbre por lo que vaya a pasar, preocupación por la misma enfermedad o por los tratamientos y efectos secundarios, sin embargo, esto se asocia con una disminuida calidad de vida del paciente, baja satisfacción con la atención médica y una inadecuada adherencia al tratamiento (Espinoza, Guillen y Monge de Vásquez, 2016).

De igual forma, la relación existente entre el estrés y la diabetes se puede entender mediante el proceso de agotamiento vital, en donde se

presentan sentimientos de cansancio excesivo, carencia de energía, irritabilidad y hostilidad, asociados con el desarrollo del síndrome de resistencia a la insulina, representando así un riesgo para la DT2. De esta manera, la presencia de estrés en estos individuos puede llegar a obstaculizar las estrategias de afrontamiento y, al mismo tiempo, el proceso de adaptación, afectando las habilidades que son necesarias para la solución de problemas: juicio, creatividad, emoción, búsqueda de resultados y manejo de situaciones (Raikkonen et al., 1999; en Del Castillo, Guzmán, García y Martínez, 2012; Lazcano y Salazar, 2006; en Del Castillo, Guzmán, García y Martínez, 2012).

La aceptación a partir del diagnóstico de estas enfermedades, no se dará en un orden y tiempo establecido, ya que existirán diferentes aspectos que el sujeto tendrá que asumir con el tiempo (Polonsky et al., 2005 en Martínez, Doubova y Pérez, 2017). Así como cambios significativos en los pacientes, los cuales requieren de estrategias de afrontamiento que les permitan superar la nueva situación en la que se encuentran (Asociación Galega de Lupus, 2016). Por esa razón, las enfermedades crónicas necesitan de manera indispensable el seguimiento constante del tratamiento, ya que la participación activa de los individuos es vital (Saraiva et. al, 2007 en García, Medina, Solano, Gómez y Gómez, 2010).

En cuanto a estudios correlacionales que se hayan realizado dentro de este rubro, Faridah, Perwitasari, Pusfitay Jasman (2017), llevaron a cabo un estudio y encontraron lo siguiente:

- La incidencia de DT2 se produjo más en mujeres que en hombres.
- En cuanto a la medición de la angustia del tratamiento se encontró que la angustia interpersonal como la más baja y la angustia del tratamiento como la mayor.
- Las variables de empleo afectaron el índice, lo que significa que el empleo puede contribuir a la calidad de vida.
- La correlación emocional con la calidad de vida era inversamente proporcional.
- La educación contribuyó con la calidad de vida en un 11.1%, lo que significa que cuanto mayor sea la educación, mejor será la calidad de vida.

Del mismo modo Berenzon et al. (2014) analizaron los malestares emocionales de un grupo de mujeres que acude a instituciones de atención primaria de la Ciudad de México, así como sus percepciones y vivencias sobre la atención recibida. Los resultados mostraron que los principales detonantes de los malestares emocionales en las participantes se asocian con las preocupaciones que enfrentan cotidianamente (como falta de dinero, problemas con los hijos y violencia intrafamiliar). Los datos demuestran también que las mujeres no hablan directamente de su malestar emocional, pero que tampoco lo detecta el personal de salud o que, cuando lo hacen, le restan importancia. Lo anterior se relaciona con las condiciones actuales del servicio, que no ofrece una atención integral y adolece de una visión psicosocial.

METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue identificar la correlación que existe entre la calidad de vida, tiempo de diagnóstico y malestar emocional en las personas diagnosticadas con DT2 que asisten al Centro de Salud en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo. Considerando dentro de este objetivo el determinar el nivel de calidad de vida, malestar emocional que presentan, así como, si la calidad de vida, malestar emocional y tiempo de diagnóstico mantienen alguna correlación entre ellos, y ampliar el conocimiento referente a la calidad de vida, malestar emocional y tiempo de diagnóstico en el campo de la psicología.

Con base en lo anterior, el propósito de esta investigación toma en cuenta como hipótesis que existe relación entre las variables calidad de vida y tiempo de diagnóstico por un lado y, por otro, entre el malestar emocional y la calidad de vida en personas con DT2. Estas hipótesis han sido generadas a partir de las investigaciones de Quijada (2014); Miranda, Villegas y Plata (2017); Espinoza, Guillen y Monge de Vásquez (2016) y Del Castillo, Morales y Solano (2013).

PARTICIPANTES

En este estudio, la muestra fue conformada por 58 personas que asisten al Centro de Salud en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, con un rango de edad de entre los 35 y 85 años, integrada por 47 mujeres y 11 hombres en donde la media de edad fue de 60.76 (DE= 11.66); 56.9% de la muestra con un diagnóstico de DT2 y 43.1% con DT2 e Hipertensión. En cuanto a la escolaridad de las personas que participaron, el 48.3% tiene la primaria incompleta. Finalmente, con relación a la frecuencia del tiempo de diagnóstico, se observó que la mayor parte de esta población tienen entre 10 y 20 años de tiempo de diagnóstico con un 31% y 32.8% respectivamente. Dichos datos se pueden observar en la Tabla 1 que se encuentra a continuación.

Es importante mencionar que, en cuanto a los límites considerados para esta investigación, solo se incluyeron aquellos sujetos que fueran mayores de 30 años, así como aquellos que estuvieran en control en el Centro de Salud de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, tuvieran un diagnóstico con DT2 y completaron de manera adecuada los instrumentos.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Primaria incompleta	28	48.3
Primaria completa	13	22.4
Secundaria incompleta	1	1.7
Secundaria completa	14	24.7
Bachillerato incompleto	1	1.7
Bachillerato completo	1	1.7
AÑOS DE DIAGNÓSTICO		
1-5	15	25.9
6-10	18	31.0
11-15	6	10.3
16 o más	19	32.8

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de los participantes

INSTRUMENTOS

Para la recolección de los datos sociodemográficos se ocupó la sección correspondiente junto con la hoja de perfil que se encuentra en el *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)* de Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila (2009). Esta sección del instrumento cuenta con 8 reactivos tales como: edad, sexo, escolaridad, entre otros, en donde el individuo tiene múltiples opciones de respuesta tales como: dicotómica (sí/no), abierta y opciones en el nivel de escolaridad. Cabe mencionar que en la hoja de perfil de este inventario se pregunta el tiempo desde el inicio del padecimiento, factor que de igual forma se midió por medio de la pregunta: ¿Cuánto tiempo tiene de diagnóstico?, que estaba incorporada en el consentimiento informado.

De igual forma se utilizó el *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)* de Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila (2009) el cual evalúa la calidad de vida de los pacientes con una condición crónica o aguda. Está compuesto por doce áreas de diferentes aspectos de la vida del paciente tales como: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud frente al tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. Este instrumento incluye también secciones para analizar situaciones tales como bienestar y salud, síntomas físicos, comentarios generales y datos sociodemográficos. Cabe mencionar que tiene un total de 50 ítems que cuentan con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= muy satisfecho a 5= muy insatisfecho). La consistencia interna por factor oscila entre .68 y .93.

El *Cuestionario de Malestar Emocional Asociado a la Diabetes o Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID)* fue adaptado y validado en población mexicana por Del Castillo, Rodríguez, Reyes-Lagunes, Guzmán y Martínez (2007), con un Alpha de Cronbach de 0.90. Este instrumento está conformado por 16 reactivos, los cuales se dividen en los factores de: emociones negativas con siete reactivos ($\alpha=0.86$); problemas relacionados con el tratamiento con seis reactivos ($\alpha=0.84$); y problemas relacionados con el apoyo con tres reactivos ($\alpha=0.77$). Cuenta con una escala tipo Likert de 4 puntos (0= No es un problema a 4= Problema Grave).

PROCEDIMIENTO

La investigación se llevó a cabo con el apoyo del Sector Salud en el Estado de Hidalgo y para su desarrollo se tuvo que realizar el trámite administrativo e identificar la cantidad de sujetos con DT2 que acudían a control al Centro de Salud en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, lo cual se realizó en trabajo colaborativo con el área de psicología y el doctor que se encontraba a cargo de los pacientes con enfermedades crónicas. Con relación a la aplicación de los instrumentos, fue de forma individual, explicándole en un primer momento al individuo el objetivo de las preguntas que se realizarían y que las respuestas serían totalmente confidenciales y con fines de la investigación, para lo cual se les dio a firmar un consentimiento informado, antes de contestar las preguntas. Cabe mencionar que la aplicación de los instrumentos fue de manera verbal, ya que la mayoría de los individuos no

sabía leer, ni escribir o no veía bien. La aplicación de los instrumentos se realizó del 23 de febrero al 25 de abril del año en curso, con una duración promedio de 30 minutos por persona.

LIMITACIONES

Se tomó en cuenta una muestra con características específicas en un determinado lugar, lo cual puede limitar la generalización de los resultados, ya que solo estos se podrían aplicar en el Centro de Salud donde se realizó la investigación, es decir, la muestra pudiera llegar a ser poco significativa en comparación con todo el estado Hidalgo, ya que de acuerdo con el último censo realizado en 2015, Hidalgo tiene una población total de 2,858,359 habitantes, de los cuales 32,057 corresponden al municipio de San Agustín Tlaxiaca (INEGI, 2015).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO REALIZADO

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y para los análisis inferenciales se realizaron correlaciones de Spearman debido al tamaño de la muestra. Para el procesamiento de los datos antes mencionados se ocupó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22 para el sistema operativo de macOS Mojave.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se describen las medias de los factores de cada subescala del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) y de los factores del Cuestionario de Malestar emocional relacionado a la Diabetes (PAID).

FACTOR	n	MEDIA	D.E.	ESCALA
<i>Calidad de Vida y Salud</i>				
Preocupaciones	58	4.46	5.52	0-20
Desempeño físico	58	14.43	4.99	0-20
Aislamiento	58	2.72	4.31	0-20
Percepción corporal	58	3.17	4.68	0-20
Funciones cognitivas	58	5.25	5.15	0-20
Actitud ante el tratamiento	58	4.17	4.87	0-20
Familia	58	18.37	3.17	0-20
Tiempo libre	58	3.79	5.09	0-20
Vida cotidiana	58	2.51	4.72	0-20
Dependencia médica	58	12.15	7.07	0-20
Relación con el médico	58	15.20	4.62	0-20
Redes sociales	58	15.46	5.23	0-20
<i>Malestar emocional</i>				
Emociones negativas	58	1.14	0.97	0-4
Problemas relacionados con el tx	58	0.85	0.87	0-4
Problemas relacionados con el apoyo social	58	0.53	0.90	0-4

Tabla 2. Medias transformadas de los factores de las escalas

En la Tabla 2 se muestran los descriptivos de los participantes en cuanto a la puntuación que obtuvieron en cada factor del *Cuestionario de Malestar Emocional relacionado a la Diabetes* (PAID) y en cada subescala del *Inventario de Calidad de Vida y Salud* (InCaViSa). En el PAID se observa que el Factor 1: Emociones negativas, es el que puntuó más alto con 1.14 y el Factor 3: Problemas relacionados con el apoyo social, puntuó por debajo de la media con .53, lo cual quiere decir que no se observaron datos significativos en las puntuaciones de malestar emocional.

Por otro lado, en los resultados descriptivos del *Inventario de Calidad de Vida y Salud* (InCaViSa) se encontraron un puntajes altos en las subescalas familia, redes sociales y relación con el médico, lo cual quiere decir que la mayoría de los individuos perciben al menos a un miembro de su familia importante, como representación de afecto y apoyo significativo, sin modificaciones debido a su enfermedad e integrando su relación con el médico como una parte del apoyo para el manejo de su enfermedad, signo de una adecuada adherencia al tratamiento.

Por otra parte con la finalidad de saber si existía una correlación entre la calidad de vida y el tiempo de diagnóstico de los individuos con DT2 o con DT2 e hipertensión, se evaluó el puntaje obtenido en las subescalas del *Inventario de Calidad de Vida y Salud* (InCaViSa) y el tiempo de diagnóstico de los individuos en donde se encontró una correlación positiva, directamente proporcional y estadísticamente significativa en la subescala familia y el tiempo de diagnóstico del individuo ($r_p=0.266$, $p= .044$), es decir, a mayor tiempo de diagnóstico, mayor presencia de la familia.

Por consiguiente, para saber si existía una correlación entre la calidad de vida y malestar emocional de los individuos con DT2 o con DT2 e hipertensión, se evaluó el puntaje obtenido en las subescalas del *Inventario de Calidad de Vida y Salud* (InCaViSa) y el puntaje obtenido en los factores del Cuestionario de Malestar Emocional Relacionado a la Diabetes (PAID), en donde se encontraron los siguientes resultados:

- Se obtuvo una correlación positiva, directamente proporcional y estadísticamente significativa en la primera subescala del InCaViSa con el Factor 3 ($r_s= 0.34$, $p< 0.01$) y en el Factor 2 ($r_s= .35$, $p<0.01$), así como en la subescala 3 con el Factor 1 ($r_s= 0.300$, $p= 0.022$), Factor 2 ($r_s= 0.37$, $p= 0.01$) y Factor 3 ($r_s= 0.53$, $p= 0.01$).
- De igual forma, se encontró este mismo tipo de correlación en la subescala 4 con el Factor 1 ($r_s=0.27$, $p= 0.03$) y Factor 3 ($r_s=0.33$; $p= 0.01$) y la subescala 5 junto con el Factor 1 ($r_s=0.38$, $p= 0.01$), Factor 2 ($r_s=0.43$, $p= 0.01$) y el Factor 3 ($r_s=0.42$, $p= 0.01$).
- Finalmente, en este tipo de correlación, también se encuentra la subescala 6 con el Factor 1 ($r_s= 0.34$, $p= 0.01$), Factor 2 ($r_s= 0.371$, $p= 0.01$) y Factor 3 ($r_s= 0.49$, $p= 0.01$) y la subescala 9 con el Factor 3 ($r_s=0.34$, $p= 0.008$).
- Por otro lado, se halló una correlación negativa, inversamente proporcional y estadísticamente significativa en la puntuación total de la subescala 7 con el Factor 3 ($r_s= - 0.37$, $p< 0.01$), en la subescala 12 con el Factor 2 ($r_s= -0.26$, $p= 0.04$) y en Subescala de 12 con el Factor 3 ($r_s= -0.27$ $p= 0.039$).

Dichos resultados se pueden observar en la Tabla 3 que se encuentran a continuación.

	EMOCIONES NEGATIVAS	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL tx	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL APOYO SOCIAL	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO
1	n.s	.35**	.34**	n.s.
2	n.s	-.26**	n.s.	n.s.
3	.30*	.37**	.53**	n.s.
4	.27*	n.s.	.33*	n.s.
5	.38*	.43*	.42**	n.s.
6	.34*	.37*	.49**	n.s.
7	n.s.	n.s.	-.37**	.30*
8	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
9	n.s.	n.s.	.34**	n.s.
10	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
11	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
12	n.s.	n.s.	-.27*	n.s.

Tabla 3. Correlación entre la puntuación total percentilar de las subescalas del InCaViSa, los Factores del Cuestionario de Malestar Emocional relacionado a la Diabetes (PAID) y el tiempo de diagnóstico

Nombre de los factores: 1. Preocupaciones, 2. Desempeño Físico, 3. Aislamiento, 4. Percepción Corporal, 5. Funciones Cognitivas, 6. Actitud ante el tratamiento, 7. Familia, 8. Tiempo Libre, 9. Vida Cotidiana, 10. Dependencia Médica, 11. Relación con el médico, 12. Redes Sociales. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

DISCUSIÓN

El modelo transaccional del estrés: la evaluación psicológica es construido por Lazarus y Folkman en 1986, quienes se basan en el concepto de estrés, definiéndolo como aquellas interrelaciones que se generan entre la persona y el contexto en el que se encuentran, y que se produce cuando el sujeto hace la valoración de lo que está pasando como algo que supera sus recursos personales, poniendo en peligro su bienestar. Cabe mencionar que, durante este proceso se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto, teniendo a consideración el elemento emocional que lleva consigo la situación (De Vera, 2004).

El malestar emocional es un concepto que se construyó a partir de los estresores a los que está expuesto el individuo diagnosticado con DT2 y es definido como:

El grado de conflicto psicológico que está relacionado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo 2 experimenta, caracterizado por la presencia de emociones negativas constantes que están íntimamente relacionadas a los problemas con el tratamiento, plan alimenticio, relación con el equipo de salud y falta de apoyo social. (Polonsky, et al., 2004 en Morales, 2012, p.41)

En el presente estudio se analizó la correlación que existía entre la calidad de vida, tiempo de diagnóstico y malestar emocional en las personas diagnosticadas con Diabetes Tipo 2 que asistían al Centro de Salud en el municipio de San Agustín Tlaxiaca encontrando los siguientes resultados:

- Se obtuvo una correlación positiva, directamente proporcional y estadísticamente significativa entre las preocupaciones y los problemas

relacionados con el apoyo, es decir, a mayores preocupaciones que se derivan del proceso de enfermedad que modifican la percepción de la interacción con otros, más problemas relacionados con el apoyo se encontrarán. Lo cual coincide con la correlación encontrada entre el aislamiento con las emociones negativas, problemas relacionados con el tratamiento y con el apoyo, es decir a mayor presencia de sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, aumentarán sus emociones negativas y problemas relacionados con el tratamiento y con el apoyo.

- Estas dos correlaciones positivas a su vez coinciden con lo correlación negativa, inversamente proporcional y estadísticamente significativa encontrada entre la familia y los problemas relacionados con el apoyo, es decir, a mayor presencia de la familia, menos problemas relacionados con el apoyo existirán.

- De igual forma, se encontró una correlación positiva, directamente proporcional y estadísticamente significativa entre la actitud ante el tratamiento con las emociones negativas, problemas relacionados con el tratamiento y el apoyo, es decir, a mayor desagrado consecuente del tratamiento médico sienta el individuo, mayor presencia de emociones negativas, problemas con el tratamiento y con el apoyo existirán. Lo cual coincide con la correlación entre la vida cotidiana y los problemas relacionados con el apoyo, es decir, a mayor insatisfacción que el paciente percibe por los cambios en su rutina debido a su enfermedad, mayores problemas re-

lacionados con el apoyo existirán.

- También se encuentra la relación entre las funciones cognitivas con las emociones negativas, problemas relacionados con el tratamiento y el apoyo, es decir, a mayor deterioro en las funciones cognitivas, mayor presencia de emociones negativas, problemas con el tratamiento y con el apoyo.

- Finalmente, estos resultados coinciden con la correlación positiva, directamente proporcional y estadísticamente significativa encontrada entre la percepción corporal con las emociones negativas y los problemas relacionados con el apoyo, es decir, a mayor grado de insatisfacción que tiene el sujeto en relación con su aspecto o atractivo físico, mayor presencia de emociones negativas y problemas relacionados con el apoyo existirán.

Cabe mencionar que estos resultados, a su vez, corresponden con lo que mencionan Rodríguez, et al. (2014), acerca de cómo el apoyo familiar es un actor fundamental para el apego al tratamiento del paciente y apropiación de la enfermedad, siendo esta la estructura de apoyo en la persona que padecen DT2, ya que, ante esta nueva condición, existirá una fractura en la identidad histórica del individuo, la cual genera un aislamiento social, así como limitaciones en su interacción, vida cotidiana, capacidad de elección y de libertad, debido a que el individuo obtiene la categoría de diabético/diabética, la cual posiblemente puede convertirse en una carga importante tanto para los otros como para

sí mismo, ante lo cual puede responder con actitudes negativas (Balcázar et al., 2012).

En cuanto al nivel en la Calidad de Vida (CV) presentado en los participantes, se pudo observar que la mayoría de ellos en las subescalas de redes sociales y dependencia médica puntuaron por arriba de la media, es decir, que la persona con DT2 al menos percibe a una persona con la que puede contar para resolver los problemas de su enfermedad, coincidiendo esto con la dependencia médica, ya que el paciente deposita frecuentemente la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.

Por otro lado, con el fin de determinar el malestar emocional que presentaban estos individuos, se pudo observar que en todos los factores puntuaron por debajo de la media teórica, es decir, que no hubo puntuaciones altas de los factores. Estos resultados son similares a los de los estudios anteriormente mencionados en los cuales se analizó el malestar emocional, y se encontró que los principales detonantes en las participantes se asocian con las preocupaciones que enfrentan cotidianamente (Berenzon et al., 2014).

Finalmente, en el estudio realizado por Ramkisson, Pillay y Sibanda (2017) en Sudáfrica, se encontró que un aumento en el apoyo social se asocia con una disminución en la angustia emocional, es decir, los participantes que tuvieron un buen apoyo reportaron mejores niveles de bienestar, coincidiendo esto con los resultados en los puntajes de los factores antes mencionados de malestar emocional.

CONCLUSIONES

Se puede concluir de esta manera que las hipótesis planteadas se aceptan, comprobando que existe una relación entre la calidad de vida y malestar emocional, así como entre la calidad de vida y tiempo de diagnóstico en las personas diagnosticadas con Diabetes Tipo 2 (DT2) que asisten al Centro de Salud en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.

De igual forma se considera que se alcanzaron los objetivos planteados dentro de este estudio que fueron, identificar la correlación que existe entre la calidad de vida, tiempo de diagnóstico y malestar emocional en las personas diagnosticadas con DT2 que asisten al Centro de Salud en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, considerando dentro de este objetivo el determinar el nivel de calidad de vida, malestar emocional que presentan, así como, si la calidad de vida, malestar emocional y tiempo de diagnóstico mantenían alguna correlación entre ellos.

La falta de información de malestar emocional que existe en el país podría ser una limitante para la comparación que se pudiera hacer con otros estudios en México, sin embargo, también es un área de oportunidad para ampliar el conocimiento en este concepto, cumpliendo de esta manera con el último objetivo planteado que fue, ampliar el conocimiento referente a la calidad de vida, malestar emocional y tiempo de diagnóstico en el campo de la psicología.

Es por esto por lo que, a partir de los resultados encontrados se sugiere que para futuros estudios que se quieran realizar dentro de este ámbito, se elija a una población más grande o

elegir dos poblaciones de centros de salud diferentes en las que el tratamiento médico y psicológico sea conjunto.

Finalmente, los autores, consideramos que sigue existiendo un gran camino por recorrer para poder ayudar a las personas con este padecimiento en su proceso de readaptación tanto física como emocional, por lo que se recomienda que desde que la persona sea diagnosticada, lleve un tratamiento psicológico del mismo modo en el que llevan su tratamiento médico, esto con el objetivo de ayudarlo a generar nuevas estrategias de afrontamiento y de adaptación a los nuevos hábitos que se tienen que adquirir para llevar un tratamiento adecuado.

Asimismo, se considera pertinente promover programas y/o talleres de psicoeducación para que la persona conozca sobre su padecimiento, y para generar estrategias que le permitan salir adelante, en donde se trabajen temas como meditación, relajación y talleres artístico-recreativos para disminuir sus niveles de estrés.

De igual forma, se sugiere generar tratamientos integrales, enfatizando en este punto, ya que es solo a través del trabajo colaborativo entre profesionales de la salud que se podrá dar un acompañamiento efectivo a las personas con DT2, es decir, que desde el momento que se le da el diagnóstico al individuo se cuide su salud tanto física como mental, llevando un tratamiento psicológico a la par, para ir mejorando la calidad de vida y disminuyendo el malestar emocional que pudieran o no estar presentando los individuos ante su enfermedad que es crónica y progresiva.

Por último, se considera que el trato médico-paciente también tiene que ser de lo más cuidado, ya que es el primer, y a veces el único lugar, donde le dan indicaciones para los cuidados de su enfermedad, a partir de los cuales el individuo generará o no sus nuevos hábitos día con día. Es por ello que, el médico tratante debe de reconocer al individuo no solo como una persona con un diagnóstico a la que se le debe controlar la glucosa y darle medicamento, sino más bien, se tiene que reconocer al individuo desde una perspectiva biopsicosocial, la cual requiere de un tratamiento integral, para que de esta manera se logre una reintegración del individuo a la sociedad, ayudándolo a reconocer que no solo es un diabético, más bien es una persona que requiere de un nuevo estilo de vida ante su nuevo diagnóstico, el cual solo podrá adoptar de manera efectiva con una red de apoyo, una buena adherencia al tratamiento médico y acompañamiento psicológico.

REFERENCIAS

- Asociación Galega de Lupus. (2016, octubre 16). Enfermedades crónicas y las consecuencias emocionales para el paciente. [Mensaje en un blog]. *Asociación Galega de Lupus (AGAL)*. <http://lupusgalicia.org/?p=1317>
- Balcázar, P., Gurrola, G. & Moysén, A. (2012) *Diabetes y psicología de la salud*. Porrúa.
- Barboza, C. (2015, octubre 14). Reprueba México en calidad de vida: OCDE. *Milenio*. <https://www.milenio.com/negocios/reprueba-mexico-en-calidad-de-vida-ocde>
- Berenzon, S., Galván J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor, L & Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*. 37(4). pp. 313-319.
- Del Castillo, A. Guzmán, R. García, M. & Martínez, C. (2012) Intervención cognitivo-conductual para modificar en el nivel de estrés en pacientes con diabetes tipo II. En Galán, S. y Camacho, E. (Ed.). *Estrés y salud, investigación básica y aplicada*. (pp.191-208). San Luis Potosí, México: Manual Moderno.
- Del Castillo, A., Morales, O. & Solano, G. (2013). Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3(1), pp. 24-30.
- Del Castillo, A., Rodríguez, J., Reyes, I., Guzmán, M. & Martínez, J. (2007). XXXI Congreso Iberoamericano de Psicología. *Adaptación del Cuestionario de Malestar Emocional asociado a diabetes en población mexicana*; CDMX, 2007.
- De Vera, M. (2004). La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos. *Los moldes de la mente: psicología del pensamiento y de las emociones*. [Mensaje en un blog]. Universidad de la Laguna. <http://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>
- Espinoza, R., Guillen, R. & Monge de Vásquez, M. (2016). *Indicadores de Malestar Emocional y Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad oncológica que acuden a los servicios del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la ciudad de San Salvador, durante el periodo de octubre a noviembre de 2015*. [Tesis de grado]. Repositorio Institucional de la Universidad de El Salvador. <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/15159>
- Faridah, I., Perwitasari, D., Pusfita, M. & Jasman, H. (2017, november). Relationship between emotional distress and quality of life on type 2 diabetes mellitus patients in Meranti island regency hospital. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 259(1). DOI: 10.1088/1757-899X/259/1/012002
- Forbes (2015, noviembre 13). 10.6 millones de mexicanos padecen diabetes. [Mensaje en un blog]. *Forbes México*. <https://www.forbes.com.mx/10-6-millones-de-mexicanos-padecen-diabetes/>
- Fundación Mídete. (2016). *Asumiendo el Control de la Diabetes México 2016*. [Manual de usuario] http://oment.salud.gob.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
- GaeaPeople. (2019, enero 21). Complicaciones agudas y crónicas de la diabetes. [Mensaje en un blog]. *Magazine Soluciones para la diabetes*. <https://www.>

solucionesparaladiabetes.com/magazine-diabetes/complicaciones-frecuentes-en-diabetes/

García, I. (2018, noviembre 12). Se registran en promedio 24 casos diarios de diabetes en Hidalgo. *Quadratin Hidalgo*. <https://hidalgo.quadratin.com.mx/Salud-2/se-registran-en-promedio-24-casos-diarios-de-diabetes-en-hidalgo/>

García, C., Medina, M., Solano, G., Gómez, D., & Gómez, V. (2010). El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. *Escola Anna Nery*, 14(1). doi.org/10.1590/S1414-81452010000100006

González, N., Tinoco, A. & Benhumea, L. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14(32), pp. 258-279.

INEGI (2015). *Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades*. [Sitio web federal] <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/Default.aspx>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). Diabetes en México. [Sitio web federal] *Instituto Nacional de Salud Pública*. <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>

Machado, A., Anarte, M. & Ruíz de Adana, M. (2010). Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Clínica y Salud*, 21(1), pp. 35-47

Martínez, I., Doubova, V. & Pérez, R. (2017). Distress and its association with self-care in people with type 2 diabetes. *Salud*

mental, 40(2), pp. 47-56.

Mayo Clinic. (2018). Diabetes de tipo 2. [Mensaje en un Blog] *Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>

Miranda, G., Villegas, E. & Plata, F. (2017). Calidad de vida en pacientes diabéticos a través del uso de la escala DQOL. Hospital Militar Regional de Puebla, 2012. *Anales Médicos*, 62(3), pp.173-179.

Morales, O. (2012). *Malestar Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2*. [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/1801/TESIS%20OSCAR%20MORALES%20TELLEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno, L., García, J., Soto, G., Capraro, S. & Limón, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3), pp. 114-123

Organización Mundial de la Salud (2016). Informe mundial sobre la diabetes: resumen de orientación. [Repositorio digital] *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017). Diabetes. [Artículo de ONG]. *Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

- Ramkisson, S., Pillay, B. & Sibanda, W. (2017). Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1), pp. 1-8. <https://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1405>
- Rodríguez, A., Camacho, E., Escoto, M., Contreras, G. & Casas, D. (2014). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *Salud Familiar en la Américas*, 14(7). <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/6011?ver=sindisenio>
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. McGraw-Hill Interamericana.
- Quijada, P. (2014, diciembre 20). La ayuda psicológica, clave para el tratamiento integral de la diabetes II. [Mensaje en blog] *ABC Salud*. <https://www.abc.es/salud/noticias/20141220/abci-impacto-psicologico-diabetes-201412191407.html>

