



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**“EMOCIONES QUE PRESENTAN PERSONAS QUE HAN SIDO
DIAGNOSTICADAS CON LA ENFERMEDAD DIABETES
MELLITUS TIPO 2”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

PRESENTA

AURELIO DE JESÚS VILLEGAS MORALES

No. DE CUENTA: 0646433

ASESOR

DRA. EN INV. PSIC. LOURDES GABRIELA VILLAFAÑA MONTIEL

TOLUCA, MEXICO, DICIEMBRE DE 2018

ÍNDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVO	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	15
LIMITES DEL ESTUDIO	16
CAPITULO I.- ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA	17
1.1.- Definición de enfermedad crónico degenerativa	17
1.2.- Diabetes	18
1.3.- Epidemiología mundial de la diabetes	20
1.3.1.- Tipos de diabetes	21
1.3.2.- Consecuencias de la diabetes en la salud	23
1.3.3.- Diabetes Tipo 2	25
1.3.4.- Epidemiología de la DT2 en México	27
1.3.5.- Prevención y control de la DT2	29
CAPITULO II.- PSICOLOGÍA Y DIABETES	32
2.1.- Autocontrol de la diabetes	32
2.2.- Intervenciones con diabéticos	34
2.3.- Psicopatología y diabetes	35
2.4.- Problemas en el automanejo de la diabetes	37
2.5.- Adherencia	38
2.5.1.- Manejo de la DT2	41
2.6 - Aportaciones de la psicología de la salud a la prevención y control de la DT2	43
CAPITULO III.- EMOCIONES	46
3.1.- Definición de emociones	46

3.2.- Psicología y emociones	47
3.3.- Emociones básicas	49
3.4.- Tipos de emociones	52
3.4.1.- Emociones negativas	53
3.4.2.- Emociones positivas	55
3.5.- Reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad	57
3.6.- Afrontamiento enfocado al problema Versus afrontamiento enfocado a la emoción	59
METODO DE INVESTIGACION	62
• Tipo de estudio	62
• Variables / eje temático y categorías de análisis	62
• Participantes	66
• Técnica de recolección de datos	67
• Procedimiento	68
RESULTADOS	70
DISCUSIÓN	87
OBJETIVOS	105
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES	111
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	113
ANEXOS	122

RESUMEN

La presente tesis está basada en el análisis de las emociones previas y posteriores que presentan las personas al ser diagnosticadas con Diabetes Tipo 2, mediante la aplicación de entrevistas a profundidad y el test proyectivo HTP (House Tree Person) de John N. Buck. Así mismo haciendo énfasis en la necesidad de elaborar un programa de intervención para el manejo y aceptación de la enfermedad.

Los resultados obtenidos fueron analizados para conocer cuáles son las emociones negativas y positivas que aparecen antes y después de la enfermedad y el diagnóstico de la DT2, así como las condiciones en las que se presenta y los estilos de afrontamiento ante la enfermedad.

Consta de cuatro apartados, en el primer apartado se plantea la problemática, se establece el objetivo general, así como los objetivos específicos que tiene como fin la presente tesis, la importancia de estudio y los límites de la misma. El segundo apartado refiere el marco teórico iniciando con las enfermedades crónicas degenerativas, puntualizando en la Diabetes Mellitus Tipo 2, seguido de la relación entre Psicología y Diabetes finalizando con las emociones positivas y negativas que se presentan en la enfermedad. En el tercer apartado se enuncia el procedimiento implementado, para llegar al cumplimiento de dichos objetivos. En el cuarto y último apartado se presentan las conclusiones a las que se llegaron, se responde al objetivo general y objetivos específicos de la tesis y se enuncian las recomendaciones a las que se llegan a partir de la investigación.

Palabras claves: DMT2, emociones negativas, emociones positivas, condiciones y afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

"Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla"

(Wenger, Jones y Jones, 1962, "p. 3").

En la actualidad han surgido diversas modalidades disciplinarias interesadas en los factores psicológicos vinculados a la salud, entre ellas, la psicología de la salud, medicina conductual, epidemiología conductual y la neuropsicología. Estas disciplinas suponen que las emociones desempeñan un papel en el desarrollo de la enfermedad.

El presente trabajo reúne dos conceptos que por sí mismos son capaces de crear interés, por un lado, se tienen las emociones, concepto que resulta difícil de definir, y en la mayoría de los casos no se sabe a qué se está refiriendo o tiende a confundirse con sentimientos. Y la enfermedad que por sí solo se refiere a un área de intervención muy diferente a la psicología, pero las emociones y la enfermedad están íntimamente relacionadas que cada vez generan más intereses en científicos e investigadores.

Para entender mejor lo que es una emoción es necesario mencionar a diferentes autores y como es que la definen. Galimberti (2006), menciona que la emoción es la reacción afectiva intensa de aparición aguda y de breve duración, determinada por un estímulo ambiental. Su aparición provoca una modificación en el nivel somático y psíquico.

Las emociones son un proceso que implican una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas o sentimientos (interpretación subjetiva), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos de comunicación (expresión emocional), que tiene unos efectos motivadores (movilización para la acción) y una finalidad: que es la adaptación a un entorno en continuo cambio. (Fernández-Abascal, Jiménez Sánchez y Martín Díaz, 2003, "p. 27").

Las emociones son estados anímicos que manifiestan una gran actividad orgánica, que se refleja a veces como un torbellino de comportamientos externos e internos, y otras con estados anímicos permanentes. Estas se conciben como un comportamiento que puede ser originado por causas externas e internas; que puede persistir en el tiempo, incluso, una vez que ha desaparecido el estímulo y que acompaña necesariamente, en mayor o menor grado, toda conducta "motivada".

Se puede decir, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación.

No es que la emoción sea exclusivamente corporal, ni tampoco sólo mental, más bien el aspecto cognitivo y las sensaciones físicas van completamente unidas como una forma integral de vivencia.

La emoción es un concepto que supone en sí mismo un reto conceptual. Cuando ya parecen superadas las controversias acerca de su definición, su clasificación o su origen, siguen apareciendo modelos de relación conceptual que pueden ser aplicados en áreas de intervención. Y este hecho, lejos de suponer un motivo de abandono del estudio y la investigación sobre las emociones, supone un aliciente más para continuar averiguando en qué medida la respuesta emocional influye en determinadas variables y viceversa.

Las reacciones fisiológicas ante una situación emocionante afectan las funciones vegetativas como la circulación, respiración, digestión y secreción, las funciones motrices como hipertensión muscular y las sensoriales con trastornos de la vista y el oído. Las reacciones viscerales se manifiestan con una pérdida momentánea de control neurovegetativo y la consiguiente incapacidad de abstracción del contexto emocional. Las reacciones psicológicas se manifiestan como reducción del control de sí, dificultad para articular lógicamente acciones y reflexiones, disminución de las capacidades de método y crítica (Galimberti, 2006).

Uno de los objetivos de este trabajo es presentar la relación entre emociones y enfermedad, que tienen que ver con la experimentación emocional, no pretende descubrir nada nuevo ni crear un modelo teórico original. Convencidos de que existen en la psicología modelos suficientemente contrastados y aplicables a la psicología de la salud, es interesante utilizar aquellos que más solidez empírica atesoran e intentar cubrir los huecos que, en nuestra opinión puedan tener, sobre todo teniendo en cuenta el aspecto la Diabetes Mellitus Tipo 2.

La Diabetes es un síndrome clínico producido por una alteración en la secreción y/o acción de la insulina, y se caracteriza por alteraciones en el metabolismo de las proteínas, lípidos y carbohidratos. Esto es tanto, una disfunción metabólica crónica y radica su alta frecuencia y en las complicaciones vasculares y neuropsicológicas, constituyendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura en la mayoría de los países desarrollados, además de influir de forma negativa en la calidad de las personas afectas (Alpízar; 2001; citado por Balcázar, Gurrola y Moysén, 2012).

El término “Diabetes Mellitus” (DM) tiene sus raíces en el griego y el latín. Diabetes del griego, significa salir con fuerza y el signo más característico de la diabetes es orinar de forma excesiva. Mellitus del latín que significa dulce como la miel y la orina de una persona diabética presenta exceso de glucosa. La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) afecta a personas mayores de 30 años y se caracteriza porque el organismo no responde en forma adecuada a la insulina, además de que presenta un fuerte factor genético (Balcázar, et al, 2012).

Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, no deben dejarse de lado las reacciones emocionales ante la enfermedad crónica, ya que el diagnóstico de una enfermedad de este tipo produce con frecuencia causa un fuerte impacto emocional en la persona. Las emociones que con mayor frecuencia surgen son la negación y el miedo, más tarde pueden aparecer la depresión y la ira.

Es por tanto que la presente investigación centra su atención en la enfermedad y estado emocional del paciente.

OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer las emociones positivas y negativas que experimenta una persona antes y después de ser diagnosticada con diabetes Tipo 2

ESPECIFICO

- Conocer cuáles son las emociones que presenta una persona antes de ser diagnosticada con DT2.
- Conocer cuáles son las emociones que presenta una persona después de ser diagnosticada con DT2.
- Conocer las condiciones en las que se presentó la enfermedad.
- Conocer los estilos de afrontamiento de la enfermedad.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Actualmente en México la diabetes Tipo 2 se encuentra entre las primeras causas de muerte, estudios confirman que más de 6.4 millones de personas refieren haber sido diagnosticadas con diabetes tipo 2, lo cual se convierte en un alarmante fenómeno que requiere la atención de instituciones gubernamentales y de investigadores que con esfuerzos conjuntos lleven al control y concientización de la misma.

Uno de los principales objetivos de esta investigación, es conocer que emociones acompañan a las personas que han sido diagnosticadas con DT2, es así que surge la interrogante del ¿cómo ayudar desde el ámbito psicológico a personas diagnosticadas con esta enfermedad? para así conocer de qué manera aportar desde la psicología un control de las emociones y como consecuencia, llevar una mejor calidad de vida equilibrando los aspectos emocionales y la adherencia a los tratamientos médicos para el control de la enfermedad.

Es por tanto que la presente investigación tiene como objetivo conocer que emociones se manifiestan en personas diagnosticadas con DT2, es así que surgen las siguientes interrogantes: ¿Qué emociones positivas y/o negativas experimenta una persona antes y después de haber sido diagnosticada con DT2? ¿Qué factores y condiciones emocionales presentan en común los participantes? y ¿En qué condiciones se manifiesta como consecuencia la enfermedad?

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

¿Cuántas veces se ha escuchado por televisión, radio o se ha leído en artículos y algunos libros holísticos y de medicina alternativa que existen relaciones entre la mente y los padecimientos físicos de las personas? Pues esto ha llamado la atención de investigadores y profesionales de las distintas disciplinas científicas encargadas del estudio de la salud que están encontrando sorprendentes vinculaciones entre enfermedades y la mente. Se ha aprendido que para cada efecto que resulta en la vida de las personas hay un patrón de pensamiento que lo precede y que le da un sustento.

Durante años se ha hablado de las dolencias físicas y psicológicas que como mundo y como sociedad nos afectan todos los días, de ahí la necesidad de realizar un estudio, para establecer la relación que existe en las emociones y como estas repercuten en el cuerpo humano, ya sea produciendo una enfermedad o potencializando dicha enfermedad.

Científicos e investigadores han llegado a la conclusión por medio de sus investigaciones que las emociones tienen una repercusión en la salud de las personas.

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta la calidad de la vida de las personas, dado a que el tipo de tratamiento al que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera. Es preciso saber las emociones se presentan para de esta manera encontrar cuales son los factores que ayudaran a la persona a tener una mejor calidad de vida, o en su defecto repercutir de manera positiva en estas emociones para lograr la estabilidad emocional y salud de la persona.

No solo afecta a la persona, sino surgen una serie de dificultades, tanto familiares, como económica, laborales y sociales. De ahí la importancia de estudiar las emociones, con el fin de conocer y controlarlas para mejorar la vida del diabético.

LIMITES DEL ESTUDIO

El presente trabajo se centró únicamente en investigar cuales son las emociones previas y posteriores que presenta una persona al de ser diagnosticada con DMT2 que cumplieran con las siguientes características: personas mayores de 30 años, diagnosticadas con DMT2.

Se trabajó con 5 personas, mediante un estudio cualitativo, por medio de la técnica de entrevista a profundidad y la aplicación de la prueba proyectiva **HTP** (Por sus siglas en inglés: **H**ouse, **T**ree, **P**erson) integrado en personas diagnosticadas con DMT2.

El enfoque en el que se centró la investigación fue a través de la psicología de la salud: La cual se ocupa de las relaciones entre la salud física, emocional y el impacto de las diferencias individuales en esas relaciones. Se encarga del estudio de factores conductuales, cognitivos y emocionales que influyen: el mantenimiento de la salud, el desarrollo de la enfermedad, el curso de la enfermedad y a respuesta del paciente y la familia.

CAPITULO I.- ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA

1.1.- Definición de enfermedad crónico degenerativa

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS (2016) Una enfermedad crónica puede definirse por tener una prolongada duración y casi por lo general por desarrollarse de una manera lenta. Según información oficial de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad alrededor del mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

Una enfermedad crónica degenerativa es aquella que se desarrolla paulatinamente y de manera indeterminada que afecta directamente la salud y determinadas funciones físicas, mentales, así como también las áreas sociales al imposibilitar en diversos casos al paciente a realizar sus actividades cotidianas como trabajar, asistir a reuniones sociales, etc.

Latorre y Beneit, (1994) definen a las enfermedades crónicas como aquellas que acompañan al paciente durante toda la vida, se consideran enfermedades degenerativas puesto que implican una degeneración o alteración de los tejidos y órganos afectándolos y provocando deterioro en la salud del paciente.

Roglic, G., Unwin, N., Bennet, P.H., (2005) señalan que las enfermedades crónicas son las que degradan paulatinamente la salud física y/ mental de los pacientes que las padecen, generan una falta de equilibrio afectando órganos. Estas enfermedades generalmente se clasifican como congénitas o hereditarias y se manifiestan en edades avanzadas mayormente, aunque también afectan a personas jóvenes.

Las enfermedades crónico degenerativas generalmente se manifiestan en personas adultas, sin embargo, son muchos los casos en los que personas jóvenes por razones congénitas o bien hereditarias presentan severas complicaciones en su estado de salud que van empeorando conforme al desarrollo de las mismas.

King, Aubert, Hernan, (1998) mencionan que una enfermedad crónica es aquella que degrada física y/o mentalmente con el paso del tiempo a los pacientes que las padecen, generan daño en los órganos y tejidos, las enfermedades crónico degenerativas tienen su etiología en factores hereditarios o por malos hábitos y estilos de vida que con el tiempo afectan a la salud, usualmente se presentan en la edad avanzada, sin embargo, también pueden afectar a personas jóvenes.

Es así que se puede definir entonces que una enfermedad crónico degenerativa no se manifiesta en el paciente de una manera aleatoria, sino que esta se presenta y está determinada por los estilos de vida, características genéticas y se liga a los hábitos del contexto en que el paciente se encuentre, sin dejar de lado los hábitos que perjudican a la salud.

1.2.- Diabetes

La Diabetes es hoy en día una de las enfermedades que mayor número de víctimas mortales cobra alrededor del mundo, diversos autores proponen diferentes definiciones, por ejemplo:

La Organización Mundial de la Salud OMS, (2006) define que “La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza porque el páncreas no produce insulina suficiente o bien por que el organismo no la puede utilizar eficientemente”.

Latorre y Beneit (1994) explican que “La diabetes mellitus es un trastorno caracterizado por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya

consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados”.

El diagnóstico de la diabetes es posible determinarlo principalmente por medio de exámenes físicos y el grado de concentración de glucosa en determinadas condiciones.

American Diabetes Association, (2008, citado en López, 2010) que tiene como definición que “Bajo la denominación de Diabetes Mellitus se agrupan diversos desordenes endocrinos metabólicos que presentan en común una elevada concentración de glucosa en sangre o hiperglucemia producida por defectos en la secreción de insulina, en acción de la insulina o por una combinación de ambas causas.

Las diferencias entre diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 son de importancias, sin embargo, una vez diagnosticado, estar clasificado con alguna de estas no tiene importancia para iniciar con el tratamiento, en medida que se comprenden las causas de la diabetes, es probable que se tomen medidas distintas para hacer frente a la misma.

Amigó, Fernández y Pérez (1998, citados en Balcázar, Gurrola y Moysén, 2012, p. 142) mencionan que “Se conocen dos tipos de diabetes, aunque los más comunes son, la diabetes 1, conocida como diabetes juvenil, y la diabetes tipo 2, que tiende a presentarse generalmente después de los 30 años; sin embargo puede aparecer en edades tempranas y se asocia con la obesidad, con la carga genética que ejercen un papel de predisposición y también con un estilo de vida sedentario y comida rica en grasas, azúcares y carbohidratos”.

Este trastorno representa la expresión común final de diversas etiologías que no se entienden por completo. Se deben identificar las causas tratables de la diabetes y se debe iniciar la terapia apropiada.

Ferrara (1992) de acuerdo con la información y los conocimientos que se tienen sobre la enfermedad, con el paso del tiempo se ha reconocido de manera común que la diabetes

no es una enfermedad única, sino que es un síndrome dentro del cual deben individualizarse diferentes características de la misma. El factor común de estas es la hiperglucemia y las consecuencias y complicaciones específicas, las cuales son comunes a todas las características de la diabetes.

Es entonces que se puede definir a la diabetes como una enfermedad en las que los niveles de glucosa en la sangre se encuentran en un alto estado, en el tipo de diabetes 1 el cuerpo no produce insulina y en el tipo de diabetes tipo 2 el cuerpo no produce o en su caso no usa la insulina de manera adecuada causando estragos en la salud de todo aquel que lo padece.

1.3.- Epidemiología mundial de la diabetes

La diabetes Mellitus es una de las enfermedades que mayor número de pacientes tiene alrededor del mundo, millones de personas se someten a tratamientos y a la necesidad de modificar sus hábitos alimenticios, implementando formas de vida diferentes para sobrellevar sus padecimientos y aprender a vivir con la enfermedad.

Según Roglic, Green, Sicree, King (2004) argumentan que “La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes, y es probable que esta cifra aumente a más del doble en 2030”.

De acuerdo con esto, Stovring, Andersen, Beca-nielsen, Green, Vach, (2003) estiman que para el 2030 el número de personas con diabetes mayores de 64 años de los países en vías de desarrollo serán de más de 82 millones y de más de 48 millones en los países desarrollados, sin embargo, el número de personas con diabetes puede ser mayor en el 2030 a lo estimado por la OMS debido al incremento en la prevalencia de la obesidad en muchos de los países del mundo siendo la obesidad factor de riesgo de gran importancia en el desarrollo de la diabetes. Además, el incremento en la esperanza de vida puede contribuir a incrementar la prevalencia de la diabetes en el futuro, sobre todo en los países desarrollados.

La diabetes es una patología que se origina debido a la combinación de diferentes factores, entre los que se destacan edad, obesidad, sedentarismo, los malos hábitos de alimentación, los antecedentes de la familia y por supuesto los factores genéticos.

King, Aubert, Hernan, (1998) mencionan que “La mayoría de las personas con diabetes en los países en vías de desarrollo se encuentran en el rango de 45 a 65 años mientras que la mayoría de diabéticos en los países desarrollados son mayores de 64 años”.

Roglic, G., Unwin, N., Bennet, P.H., (2005). Señalan que la OMS calcula que en el 2000 murieron por razones atribuibles a la diabetes 2.9 millones de personas en todo el mundo (1.4 millones de hombres, 1.5 millones de mujeres), lo cual es un equivalente a un 5.2% del total de muertes en el año 2000 a nivel mundial, sin embargo, se estima que 7.5 millones de personas en todo el mundo murieron siendo diabéticos ya que a los 2.9 millones anteriores hay que sumar 4.6 millones de personas con diabetes que murieron por otras causas sin relación a su diabetes. En aquellas personas con diabetes menores a 35 años, el 75% de todas las muertes fueron atribuibles a la diabetes; por último, los diabéticos con más de 64 años, solo el 29% de las muertes se relacionaron con su diabetes.

Estas cifras que son tan grandes y en constante crecimiento se deben en gran medida a los estilos y hábitos de vida que son cada vez más sedentarios de la población y de los niños, y a la mala alimentación, donde abunda la llamada “comida chatarra” y los hábitos de comida saludable quedan más lejos de los estilos cotidianos.

1.3.1.- Tipos de diabetes

De acuerdo con diversas investigaciones y con los conocimientos que se tienen acerca de la enfermedad de la diabetes, se conoce que existen diferentes tipos de diabetes, de acuerdo con la American Diabetes Association (2008) que establece en su última propuesta de clasificación y diagnóstico de la diabetes establece cuatro grandes tipos de diabetes siendo los más importantes la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2.

Taylor, (2007) Argumenta que “Existen dos tipos principales de diabetes, insulino dependiente (o de tipo I) y no insulino dependiente (o tipo II). Estos dos tipos difieren en su origen, patología, papel de la genética en su desarrollo, edad, de la aparición y tratamiento”.

De acuerdo con esto, existen dos importantes tipos de diabetes, diabetes tipo I y II, ambas diferenciadas por la dependencia o no de la insulina y un factor más que es la edad de los pacientes, que esta última, aunque no siempre es factor determinante, si es importante para su clasificación.

Diabetes tipo I (Insulinodependiente)

La diabetes de tipo I es de acuerdo con Taylor (2007) quien señala que “La diabetes tipo I se caracteriza por la aparición abrupta de los síntomas, debido a la falta de producción de insulina, por las células beta del páncreas” es por tal motivo que los pacientes con diabetes tipo 1 recurren a tratamientos con insulina para compensar la falta de producción de la misma.

Diabetes tipo II (No insulinodependiente)

Taylor (2007) argumenta que “Es más leve que la diabetes tipo insulinodependiente. La diabetes tipo II es un trastorno típico de la vejez, que ataca principalmente a personas mayores de 40 años”. Refiere también que no precisa de la edad adulta el desarrollar la DMT2, ya que niños y adolescentes padecen actualmente DMT2.

Aunque teóricamente son dos los tipos de diabetes, en ambos casos los cuidados son sumamente específicos y el apego a los tratamientos debe ser muy cuidadosos ya que de esto depende la calidad y prolongación de vida de los pacientes.

López (2010) señala que “Los rasgos diferenciales mencionados no siempre se cumplen, de modo que con cierta frecuencia se observan casos de diabetes tipo I que comienzan a los 40 años, y, sobre todo, formas de diabetes tipo II en personas relativamente jóvenes”.

Ybarra, Sánchez, Piña, (2011) mencionan que existen dos tipos de diabetes, la diabetes tipo 1, que tiene su aparición en la infancia y que es insulino dependiente, caracterizada por la ausencia en la producción de insulina y la diabetes tipo 2 que es de aparición tardía y no insulino dependiente, esta se debe a que el organismo no utiliza correctamente la insulina.

La diabetes tipo 1 y 2, en ambos casos son igual de peligrosas, ya que de acuerdo con estadísticas son padecimientos que pueden llevar a quienes la padecen a sufrir consecuencias altamente severas como perder extremidades, perder la vista, disfunción renal y en el peor de los casos la muerte, es por esto que se han tomado medidas para concientizar a la población diagnosticada para que sean lo mejor apegados a los tratamientos.

1.3.2.- Consecuencias de la diabetes a la salud

Toda enfermedad de índole crónico, tiene severas repercusiones en la vida de quien la padece, inicialmente por el impacto en los hábitos y costumbres que se han tenido durante años y que a partir del diagnóstico estos deben modificarse casi siempre de manera inmediata para hacer frente y tener así a pesar del padecimiento un considerable bienestar y calidad de vida.

La diabetes como enfermedad crónico degenerativa, viene acompañada de diversas complicaciones que se van agravando en la mayoría de los casos conforme pasa el tiempo.

P. Carroll, Tiggemann y Wade, (1999) afirman que la diabetes es la principal causa de ceguera en los adultos y responsable del 50% de todos los pacientes que requieren diálisis por insuficiencia renal. La diabetes también puede estar relacionada con daños al sistema nervioso, como dolor o falta de sensibilidad.

El apego al tratamiento es un proceso difícil, donde este tiene su fundamento en la propia percepción de la persona respecto de la enfermedad y una vez que su calidad de vida se va deteriorando.

Taylor, (2007) argumenta que una de las razones por las que la diabetes es un problema de salud pública tan importante se debe menos a las consecuencias de las insuficiencias de insulina que a las complicaciones que de ella se derivan. La diabetes está relacionada con un engrosamiento de las arterias debido al depósito de depósitos de sangre. En consecuencia, los pacientes diabéticos muestran índices altos de cardiopatía coronaria.

En algunos casos se llega a tales complicaciones que, se requiere de un proceso de amputación de alguna de las extremidades, como pueden ser dedos y/o miembros.

P. Carroll, Tiggemann y Wade, (2007) mencionan que “Como consecuencia de estas complicaciones, los diabéticos tienen una menor esperanza de vida que los individuos no diabéticos. La diabetes también puede exacerbar otras dificultades en el funcionamiento psicosocial, contribuyendo a trastornos de la alimentación”.

La cantidad de personas que mueren al año por causa de disfunciones y complicaciones derivadas de la diabetes, son alarmantes, tal como mencionan Weber-Hamann, Hentschel, Kniest, Deuschle, Colla, Lederbogen, (2002, citados en Taylor, 2007) quienes hacen referencia a que la diabetes es uno de los componentes del llamado cuarteto mortal, los otros tres son la grasa corporal intra-abdominal, la hipertensión arterial y los lípidos elevados. Este conjunto de síntomas, conocido también como síndrome metabólico, es potencialmente fatal debido a que está fuertemente vinculado a un mayor riesgo de infarto al miocardio y de evento vascular cerebral.

Ybarra, Sánchez, Piña (2011) mencionan que aun cuando en las familias se tenga el antecedente de padres o hermanos diagnosticados con Diabetes, parece todo indicar que las personas no siempre advierten sobre la enorme probabilidad de enfermarse también. No es sino hasta cuando la enfermedad se diagnostica, que el proceso de adaptación a

la nueva situación y el requerimiento de cambios de hábitos, en la alimentación y en la práctica de ejercicio se van dando, en la medida en que la persona se siente mal o se percibe en riesgo mayor.

Es importante mencionar que en su mayoría de las consecuencias de la diabetes tipo 2 que se desarrollan y avanzan cuando la persona no da seguimiento o lleva a cabo un tratamiento de su enfermedad, se pueden ver afectados varios de sus órganos como pueden ser los ojos, el hígado y las extremidades, incluso la calidad de vida se puede ver severamente afectada impidiendo realizar actividades de la vida cotidiana de la persona.

1.4.- Diabetes Tipo 2

La diabetes desde hace varios años se ha convertido en una de las enfermedades crónico-degenerativas que más muertes provoca en el mundo, de acuerdo con estadísticas, es un problema de salud pública debido a que afecta a un número creciente de personas que la padecen.

Arrivillaga, Correa, Salazar, (2007) definen a la diabetes mellitus tipo 2 como en la cual se presenta una resistencia a la insulina a nivel tisular, que va produciendo un aumento gradual de la síntesis o liberación de la insulina. Esta diabetes, a diferencia del tipo 1, los niveles de insulina son más elevados de lo normal; se presenta más frecuentemente en la población adulta, pero por el actual aumento de la obesidad en los niños cada vez son más casos en esta población.

Está demostrado que la obesidad es una gran causa de resistencia periférica a la insulina, el cual es un detonante para el desarrollo de la diabetes y todas sus consecuencias.

De acuerdo con Taylor, (2007) refiere que la diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno típico de la edad madura o de la vejez, que ataca principalmente a personas mayores de 40 años. Con la generalización de la obesidad la prevalencia de la diabetes tipo 2, para la cual la obesidad es el principal contribuyente, ha aumentado, especialmente a edades

tempranas. Muchos niños y adolescentes ahora son diabéticos tipo II. Este tipo de diabetes ha aumentado con una velocidad sorprendente.

La diabetes de tipo 2 no es específica ni se presenta únicamente en adultos, esta se puede presentar en niños y es un número creciente el de casos en que niños y adolescentes ya son pacientes diagnosticados con diabetes de tipo 2.

Ybarra, Sánchez, Piña (2011) refieren que la diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) (no insulino dependiente o de aparición tardía) se debe a que el organismo no utiliza de manera eficiente la insulina, el noventa por ciento de los diabéticos en el mundo, padece diabetes mellitus tipo 2, que se asocia principalmente con la inactividad física y peso corporal excesivo, los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes tipo 1, aunque menos acentuados.

La elevación de los niveles de glucosa en la sangre hace que el páncreas segregue insulina hacia el torrente sanguíneo. Cuando este equilibrio se rompe, se establecen las condiciones para la diabetes tipo II.

Alper, (2000, Citado en Taylor 2007). Menciona que en el metabolismo de la glucosa existe un delicado equilibrio entre producción de insulina y respuesta ante la insulina. Como respuesta a esta resistencia a la insulina, el páncreas aumenta, temporalmente su producción de insulina. En este momento las células que producen la insulina dejan de trabajar, dando como resultado que la producción de insulina baje, y que el equilibrio entre la acción de la insulina y la secreción de la insulina se rompa, dando como resultado la diabetes tipo II”.

Según encuestas de la American Diabetes Association, (2002), la mayoría de los diabéticos tipo II tienen sobrepeso (90%) y la diabetes tipo II es más común en las mujeres y en los individuos de estatus económico bajo.

Varios de los síntomas que se presentan en personas diagnosticadas con diabetes tipo 2 son orinar con bastante frecuencia, fatiga, resequedad en la boca, impotencia sexual en hombres, irregularidad en los periodos menstruales en mujeres, constantes infecciones en la piel, encías o en sistema urinario, se puede presentar calambres o dolor en las extremidades, lentitud en la sanación de heridas.

1.5.- Epidemiología de la DT2 en México

México está catalogado como un país con un alto índice de personas diagnosticadas con diabetes tipo 2, una tasa de mortalidad en gran escala a consecuencia del mismo padecimiento y elevadas estadísticas de personas con obesidad que están propensas a desarrollar enfermedades relacionadas con su peso y sedentarismo.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 ENSANUT, (2006, mencionado en López 2010, p. 99), en México el 10.7 por ciento de los adultos (20 a 69 años de edad) padecen diabetes mellitus tipo 2, Lo que representa que existen más de 5 millones de mexicanos con diabetes. Sin embargo, se estima que más de 2 millones de personas desconocen que padecen la diabetes y el 30% de la población total está en riesgo de padecerla en un futuro. Se estima que en el año 2025 habrá en México 14 millones de personas con diabetes.

La diabetes en México representa un problema grande para la salud, según el Instituto Nacional de Salud Pública, (2006, mencionado en López, 2010, p. 99). La DMT2, “Ha superado en cifras a pandemia como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y ocupa actualmente el primer lugar de mortalidad por enfermedad a nivel nacional En México, entre 2001 y 2005, la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa paso de 79.9 a 89.9 por 100,000 habitantes en mujeres y de 73.7 a 86.1 en hombres”.

En acuerdo con estadísticas, la tasa de mortalidad en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, ha ido en aumento cada vez más, López, (2010) hace mención que, en la actualidad, 14 de cada 100 muertes son provocadas por la diabetes. De acuerdo con

cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (2007), durante 2007 se registraron 21 mil 388 fallecimientos por diabetes, de los cuales 15 mil 931 -casi el 75 por ciento- correspondieron a personas mayores de 60 años. Se registran cada hora seis muertes por diabetes en México.

Wild, Roglic, Green, Sicree y King (2004) “mencionan que para el 2025 se estima que México se ubicará en el séptimo lugar de los países orbe con más diabéticos, con una cifra superior a los 11 millones de enfermos”.

En México los malos hábitos alimenticios son un factor que puede ser detonante para el desarrollo de la diabetes, una vez diagnosticados los pacientes, presentan una especial resistencia a los cambios de hábitos alimenticios lo cual si no se tiene un control puede tener repercusiones bastante graves.

Rull, Aguilar, Rojas, Ríos, Gómez, Olaiz, (2005) señalan que la diabetes mellitus de tipo 2 es una de las causas principales de incapacidad prematura, amputaciones, insuficiencia renal, la diabetes es una de las principales causantes de hospitalización de adultos en México y también una de las de mayor demanda de consulta externa.

Con el aumento de pacientes con padecimientos a causa de la DMT2, han incrementado las demandas de consulta y atención médicas, generando un elevado costo para el sector salud.

Oliva, (2008 citado en López 2010, p. 100) señala que de 1984 a 1997 aumento la demanda de consulta un 460% superando los gastos para atender a los pacientes diabéticos los 200 millones de dólares anuales. Estas devastadoras complicaciones relacionadas con la diabetes son la causa de que se tenga que realizar una importante inversión del presupuesto de salud, realizada en tres países incluyendo México (Alemania, India, Reino Unido, Canadá y Francia) se evaluó el impacto económico y social de la diabetes, sus complicaciones y las implicaciones en la vida cotidiana.

México es un país donde las personas que padecen diabetes tipo 2 gastan al mes una cantidad superior a los 2 mil pesos para dar tratamiento y reducir riesgos de complicaciones y mantener un buen estado de salud y calidad de vida.

1.6.- Prevención y control de la DT2

La Diabetes tipo 2, es a nivel mundial una enfermedad que afecta a un significativo sector de la población, es por tanto que de acuerdo con los crecientes número de personas que la padecen, las autoridades gubernamentales deben tener en cuenta estrategias para hacer frente a este gran problema.

Como indica Córdova, et al (2008 citado en López 2010, p. 103) “la prevención y el control de la diabetes tipo 2, entre otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), debe ser una prioridad para el sector salud en México”.

Córdova et al., (2008) mencionan que el impacto en la sociedad de estas anomalías irá en aumento, debido a que la diabetes afecta a personas en edad productiva y estas significan altos costos para el sector salud. Como consecuencia, esta situación contribuye a la acentuación de la pobreza del país. De acuerdo con estos autores, deben llevarse a cabo medidas con dos principales objetivos: prevenir nuevos casos de DT2 así como trabajar en disminuir el incremento de complicaciones en casos de afectados.

El diagnóstico de la diabetes aparece regularmente de forma inesperada, sin que quien la padece, así como su círculo familiar se den cuenta de la existencia y el desarrollo de esta.

Sin embargo y de acuerdo con esto, otros autores argumentan, que la atención que se ha dado hasta este momento ha sido insatisfactoria e insuficiente debido a los altos costos que esto genera para la economía del país (Barcelo, Aedo, Rajpathak, Robles, 2003)

López, (2008) menciona que el costo directo de su tratamiento fue de 1 974 millones de dólares. Se emplearon 1 108 en el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Sin embargo, el mayor porcentaje del presupuesto se destinó al pago de las complicaciones crónicas o los costos indirectos debidos a la incapacidad prematura y la mortalidad. Estos datos demuestran que la inversión efectuada en el tratamiento no ha sido eficaz.

El tratamiento de la diabetes, por tanto, debe ser entendido como un proceso continuo de autorregulación y auto-cuidado en el que el comportamiento del paciente va a ocupar un papel contra el control de la enfermedad.

Gil Roales-Nieto, (2004, citado en López, 2010). “El control de la diabetes tipo 2, como enfermedad crónica no transmisible (ECNT), no puede basarse en los mismos principios que los trastornos agudos transmisibles”.

La DT2 es un trastorno crónico complejo que puede aparecer en cualquier momento del ciclo vital y que afecta a toda la organización de la vida del individuo diagnosticado, quienes padecen DT2 partir del instante en que son diagnosticados deben asumir su condición de enfermo crónico que padece un trastorno grave y con un tratamiento complejo y dinámico.

López, (2010) menciona que el paciente diabético debe aprender y dominar un sistema de tratamiento complicado en el que sus principales componentes (administración de fármacos y/o insulina, dieta y actividad física) no son fijos, sino que deben estar en continuo cambio y ajuste con el ultimo fin que es conseguir el control metabólico de la enfermedad.

Se deben implementar un importante cumulo de conocimientos y habilidades nuevas, así como aprender a llevar un estilo de vida completamente diferente en determinados hábitos y estilos.

Por tanto, el diagnóstico de la diabetes supone un fuerte impacto psicológico no solo en el paciente si no en su familia y entorno más próximo. A lo anterior se debe considerar que el tratamiento de la diabetes es continuo a lo largo de la vida y complejo.

CAPITULO II.- PSICOLOGIA Y DIABETES

2.1.- Autocontrol de la diabetes

Una vez que el paciente ha sido diagnosticado con diabetes, debe someterse a una modificación y cambio de hábitos para contrarrestar los efectos de la enfermedad, así como para llevar un estilo diferente de hábitos que le permitan tener una mejor calidad de vida en el transcurso de los años y tras padecer el desgaste crónico propio de la enfermedad.

Roales-Nieto (2007) mencionan que el tratamiento de la diabetes se basa de manera fundamental en cambios en los estilos de vida, como son planes de alimentación y actividad física, acompañándose de prescripción farmacológica, como serían el consumo de hipoglucemiantes orales o inyección de insulina. A su vez, el paciente debe incorporar a su rutina diaria el cuidado del pie y el monitoreo frecuente de sus concentraciones de glucosa en sangre.

El cumplimiento o adherencia a los tratamientos son la línea de comportamiento ideal a través del cual el paciente diabético puede influir a favor en el transcurso del desarrollo de la enfermedad.

López, (2010) plantea que, dado que el nivel de glucemia depende fundamentalmente de la insulina, de la ingestión de alimentos y del ejercicio físico, la conclusión es que el propio enfermo tiene la posibilidad de alterar, elevando o bajándolo, su nivel de glucosa en sangre, actuando directa o indirectamente sobre alguno de los aspectos anteriores de hecho, justamente en ello se basa el tratamiento médico de la diabetes.

Cumplir con el tratamiento de la diabetes no es un proceso fácil pues no significa el seguimiento de unas instrucciones de tipo automático, el tratamiento de la diabetes comprende una delicada y frágil línea que se correlaciona entre la insulina, la dieta y el

ejercicio que obligan a una constancia en la toma de decisiones en base al estado del organismo del paciente lo que lleva al tratamiento de la diabetes a un proceso dinámico y constantemente sujeto al cambio.

Las investigaciones sobre la adherencia al tratamiento de la diabetes como un fenómeno conductual establecen que los hábitos complicados, que persisten a largo tiempo y que requieren grados sustanciales de cambio conductual, se asocian con un seguimiento deficiente del tratamiento para el control de la misma.

Ybarra, Sánchez, Piña (2011) refieren que la diabetes al igual que otras enfermedades de tipo crónico, si no es controlada de manera correcta puede dar lugar a importantes complicaciones clínicas. En el caso de las personas con diabetes tipo 2 de larga evolución, debido al deterioro general del organismo derivado del descontrol de las concentraciones de glucosa, la enfermedad puede provocar la aparición de complicaciones nefropatía (que implica un daño irreversible en el riñón) y retinopatía diabética (que trae como consecuencia la ceguera).

López, (2010) menciona que diferentes estudios ponen de manifiesto que la mayor parte de los diabéticos se adhieren solo grosso modo a su tratamiento. esto es, se inyectan la insulina más o menos correctamente, restringen más o menos la dieta recomendado, y algunos de ellos puede que hagan algún ejercicio, aunque sea mínimo en la forma de paseos. Con ello están evitando los problemas externos a corto plazo de la diabetes, es decir, situaciones de severas hipoglucemias crónicas que obliguen a la hospitalización. sin embargo, su nivel glucémico habitual puede que diste bastante de niveles deseables

La diabetes es una enfermedad que impacta toda la organización y la vida de quien la padece, esta puede aparecer de maneras inesperadas y en cualquier momento, puede requerir de un riguroso y muchas veces complicado tratamiento que será de por vida, acompañado de una modificación en la conducta y un constante cambio apegado a diferentes circunstancias.

2.2.- Intervenciones con diabéticos

Los psicólogos y los profesionales que se dedican a laborar en la creación e implementación de políticas de salud reconocen a nivel salud pública que la diabetes es un problema, los métodos que se han empleado para hacer frente a la creciente incidencia son cada vez más constantes y conllevan a realizar mayores esfuerzos para llevar a cabo el control de la obesidad.

O'Neil, (2004) menciona que el tratamiento de la diabetes tipo I comprende un régimen exacto de insulina; aunque algunos de los diabéticos tipo II también tienen que inyectarse insulina, la mayoría no.

Comúnmente la mayoría de las personas que han sido diagnosticadas con diabetes tipo II comienzan a ingerir estatinas, que son medicamentos que reducen niveles de colesterol, con la finalidad de protegerse contra las enfermedades cardiacas que comúnmente se manifiestan con la diabetes.

De acuerdo con Wing, Epstein, Nowalk, Scott, Kaeske, Hagg, (1986) quienes proponen que para mejorar la adherencia de los diabéticos a sus regímenes se han emprendido diversas intervenciones cognitivo conductuales. Algunos programas están enfocados a ayudar a los diabéticos a inyectarse a sí mismos de la manera, otros se han enfocado a entrenar a los pacientes en el adecuado monitoreo de los niveles de glucosa.

R.E. Glasgow, Toobert, Hampson y Wilson, (1995, citado en Taylor 2007) mencionan que el hecho de que el estrés y la presión social para comer tengan efectos tan importantes en la adherencia al régimen de tratamiento a llevado a los investigadores a enfocarse cada vez más en habilidades sociales y en el entrenamiento en habilidades para la solución de problemas en el manejo de la diabetes.

Al igual que en otras patologías que en su tratamiento incluyen la modificación de hábitos y costumbres, los pacientes con diabetes son entrenados para hacer resistencia a los alimentos y hábitos que tienen efectos negativos en sus niveles de glucosa en la sangre.

Wing, et. al., (1986) mencionan que el control de peso mejora el control de la glicemia y reduce la necesidad de medicación, y de esta manera las intervenciones conductuales que ayuden a los pacientes diabéticos a bajar de peso parecen tener por lo menos cierto éxito. Sin embargo, como ocurre en la mayoría de los programas para bajar de peso, después del éxito inicial, las personas suelen recaer en sus malos hábitos y subir nuevamente mucho del peso perdido.

Una de las complicaciones más comunes en quienes padecen diabetes es la depresión que con frecuencia se manifiesta en la vida de los pacientes.

Clouse, Lustman, Freedland, Griffith, McGrill, Carney, (2003) mencionan que la depresión está vinculada con un riesgo acentuado a cardiopatía coronaria en mujeres a las que se les ha sido diagnosticada la diabetes; de manera que representa una complicación importante, esto da como resultado que con frecuencia la depresión sea objeto de tratamiento y también de la enfermedad.

En medida que los síntomas van en aumento y la patología invade las actividades de la vida de los pacientes, estos tienden a deprimirse, la depresión se relaciona con la falta de control de la glucosa y la falta de apego al régimen del tratamiento de la diabetes.

2.3.- Psicopatología y diabetes

La diabetes ha llegado a ser conceptualizada también como una enfermedad psicosomática, aunque la relación entre estas dos sigue siendo tema de debate y sólo supuestos, hay quienes afirman que las emociones son la principal causa que origina el desarrollo de la diabetes.

Slawson y cols., (1963) mencionan que “Se ha encontrado que en aproximadamente la mitad de los diabéticos, la enfermedad se manifestó tras periodos de su vida que supusieron exposiciones prolongadas a situaciones estresantes de un ser querido”.

A partir de lo mencionado en capítulos anteriores, existe una relación significativa entre la falta control metabólico y la presencia de trastornos depresivos, ansiosos o de otro tipo de antecedentes psicopatológicos.

Ybarra, Sánchez, Piña (2011) sugieren que la intervención en diabetes debe consistir en un trabajo interdisciplinario que garantice una intervención no solo médica sino también en el plano psicosocial. En la intervención con pacientes diabéticos es necesario evaluar e intervenir tanto en las variables personales del paciente (emociones negativas y positivas hacia la diabetes) como variables de su entorno social más inmediato o variables interpersonales como el apoyo social.

El mal control de hábitos en pacientes con diabetes tiene relación directa con niveles de mayor inadaptación personal que son evidentes en el desarrollo de actividades sociales y de ambiente familiar. El tiempo de evolución de la diabetes, el cumplimiento del tratamiento dietético y las relaciones interpersonales, pueden ser consideradas como predictores en la evolución de la enfermedad.

Roales, (2004) menciona que la posible relación entre diabetes y depresión ha sido también objeto de considerable atención. Algunos autores han postulado la hipótesis de que la presencia de un trastorno depresivo asociado a la diabetes en la mayoría de los casos, mientras que otros han sugerido una mayor tasa de depresión en niños diabéticos con respecto a los no diabéticos.

Frente a lo expuesto anteriormente, es importante hacer mención que existen diversas opiniones encontradas que rechazan la predisposición al desarrollo de depresión de los pacientes diabéticos, sosteniendo la presencia en la diabetes de lo que se han denominados cuadros depresivos atípicos, que se explican cómo productos de una

coincidencia de circunstancias tales incluso como la propia enfermedad, el mismo estrés del diagnóstico y la complejidad de enfrentar un tratamiento muy complejo y en muchos casos, una expectativa acerca de las “supuestas” limitaciones y perspectivas del futuro que le esperan como paciente. Todo esto provoca en los pacientes con diabetes un estado afectivo de confusión y desaliente que comúnmente pueden confundirse con una depresión clínica.

2.4.- Problemas en el automanejo de la diabetes

La diabetes tipo II puede prevenirse si los estilos de vida de las personas cambian en cuanto a hábitos de alimentación y realizando actividad física recurrente, se sabe que existen dos factores primordiales para desarrollar la enfermedad, por un lado, la predisposición genética y por el otro el desarrollo por los malos hábitos alimenticios y factores externos.

Taylor, (2007) menciona que la trayectoria de la enfermedad en individuos a los que ya se les ha diagnosticado se puede mejorar enormemente mediante cambios en el estilo de vida. Los factores en el estilo de vida más fuertemente implicados son la necesidad de ejercicio, bajar de peso en aquellos que tienen exceso de peso, el manejo del estrés y el control de la dieta. Sin embargo, la adherencia a los cambios en el estilo de vida es problemática de manera que también se emplea un método terapéutico.

Considerando lo anterior es posible argumentar que el tratamiento adecuado es el que se centra en los pacientes y no va dirigido por el médico sino por los pacientes.

Ybarra, Sanchez, Piña, (2011) mencionan que los pacientes con diabetes comúnmente informan que la dieta es una de los aspectos más problemáticos para el tratamiento de la diabetes. Un segundo aspecto que resulta difícil para los pacientes son las complicaciones relacionadas con la diabetes y, por lo tanto, fuente de gran preocupación, los pacientes también comúnmente refieren que lo menos difícil de la diabetes es el

consumo de fármacos, lo que corresponde con el mayor seguimiento que se da tanto en el área del autocuidado como en la percepción de la diabetes.

El punto principal de llevar a cabo un tratamiento para el control de la diabetes es mejorar y prevenir que la enfermedad empeore y tenga consecuencias irreversibles como puede llegar a ser la muerte, Taylor, (2007) menciona que el objetivo del tratamiento de la diabetes es mantener los niveles de glucosa sanguínea en los límites normales. Esta regulación generalmente puede lograrse a través de la insulina que se aplica constantemente, mediante el control de la alimentación, el control de peso y el ejercicio.

Dado a que un rígido control en los niveles de glucosa pueden ser una gran diferencia en el progreso de la enfermedad, los pacientes con diabetes tipo 2 necesitan monitorear sus niveles de glucosa a lo largo de su vida y adherirse al tratamiento e ingerir los medicamentos de manera inmediata cuando sea necesario.

National Institute on Diabetes and Digestive and Kidney Disorders, (1999) señala que cuando los niveles de glucosa se controlan de manera activa a través de estos métodos en la aparición y el avance de los trastornos relacionados con la diabetes, como enfermedades de los ojos, enfermedad renal y trastornos nerviosos, se pueden reducir en más del 50%.

El número de calorías que se consumen de forma diaria deben ser relativamente constantes ya que la ingestión de alimentos debe estar controlada de acuerdo a un plan y no por la “tentación” o por el apetito. Las inyecciones de insulina son mayormente recomendables para la diabetes tipo I mientras que la dieta, el control de peso y el ejercicio resaltan en el tratamiento de ambos tipos de diabetes.

2.5.- Adherencia

Los pacientes que han sido diagnosticados con diabetes tipo 2, a partir del momento del diagnóstico se verán sometidos a llevar un rígido tratamiento y a modificar sus hábitos y

estilos de vida, en muchas ocasiones adherirse al tratamiento y a las condiciones que el especialista establezca, no se respetan del todo, trayendo casi siempre consecuencias y repercusiones graves para la salud.

Kirkley Y Fisher, 1988) refieren que, además, muchas de las complicaciones severas resultado de la diabetes, nos son evidentes sino hasta 15 o 20 años después de que comienza. Por lo tanto, estas complicaciones no preocupan a las personas haciéndolas mostrar adherencia. Las personas pueden no tener síntomas y no se preocupan por la adherencia a su régimen de tratamiento.

Uno de los principales problemas de la adherencia a los tratamientos, es que comúnmente los pacientes diabéticos no tienden a auto-monitorear adecuadamente sus niveles de glucosa en sangre, lo que en realidad hacen es confiar en cómo se sienten que están en sus niveles de glucosa, usualmente estos juicios se basan en su estado de ánimo y en cómo se sienten físicamente al momento.

Watkins, Roberts, Williams, Martin, Coyle, 1967; Wing, Nowalk, Marcus, Koesker, Finegold, (1986 citado en Taylor, 2007) mencionan que Desafortunadamente la adherencia a los programas de automanejo parece ser baja. Por ejemplo, en un conjunto de investigaciones se encontró que el 80% de los pacientes diabéticos se administraba la insulina de manera incorrecta, 58% no se administraba la dosis adecuada, 77% se determinada el contenido de azúcar en su orina de manera inexacta, 75% no comía a intervalos regulares y el 75% no comía los alimentos prescritos, en general, solo cerca del 15% de los pacientes parecía adherirse a todas las recomendaciones del tratamiento.

Muchas de las principales faltas que cometen los diabéticos al régimen de adherencia al tratamiento, son principal y mayormente errores de omisión más que de acción, es relativamente poco común que los pacientes con diabetes intencionalmente repitan las conductas inadecuadas, pero comúnmente olvidan determinados hábitos que se supone deben practicar de manera regular.

Marteau, Johnston, Baum I Bloch, (1987) afirman que la adherencia mejora cuando los pacientes y médicos comparten las mismas metas en el tratamiento. En un estudio en que se descubrió un alto nivel de falta de adherencia al tratamiento en los padres encargados de regular la diabetes tipo I de sus hijos, se encontró que padres y médicos tenían metas muy distintas. Los esfuerzos de los padres por controlar la dieta se encaminaban a evitar la hipoglicemia que es una amenaza a corto plazo. En cambio, las metas de los médicos se centraban en la amenaza a largo plazo de las complicaciones de la diabetes y en la necesidad de mantener niveles constantes de glucosa en sangre. Estas diferencias de metas eran la causa de muchos de los desvíos del régimen prescrito.

Goodall y Halford (1991) afirman que el tratamiento efectivo de la diabetes involucra aspectos múltiples de un cambio de conducta y como ya se ha visto, regímenes complejos que apuntan hacia hábitos de conducta sutiles, suelen ser difíciles de implementar. Por lo tanto, las Intervenciones con diabéticos suelen reunir en un solo programa de tratamiento todas las técnicas de autorregulación que se requieren.

La falta de adherencia al tratamiento influye sobre las creencias y conocimiento de la salud. Muchos de los pacientes con DT2 no cuentan con la información suficiente ni adecuada sobre la glucosa y el control metabólico de la insulina, frecuentemente únicamente se les proporcionan las instrucciones, pero no las razones de ello.

R.E. Glasgow et al, (1989) argumentan que “Entendiendo las relaciones entre todos los componentes en un programa organizado de autorregulación, la adherencia a los distintos aspectos del régimen puede mejorarse”.

Taylor, (2007) refiere que “las evidencias sugieren que las intervenciones intensivas tienen más éxito que programas menos intensivos para promover el bajar de peso a largo plazo y mantener la adherencia al tratamiento “.

Los pacientes diabéticos reciben capacitación para constantemente monitorear de manera exacta sus niveles de glucosa en sangre, como aplicarse la inyección de insulina,

como reforzarse por mejorar el control de la glucosa, mantener el estrés, controlar la dieta, hacer ejercicio, adquirir y desarrollar habilidades sociales y habilidades para la solución de problemas que les permitan lidiar con las presiones situacionales para que no rompan su apego al tratamiento.

2.5.1.- Manejo de la DT2

La DT2 viene acompañada de diversos procesos de adhesión, pero en muchas ocasiones los pacientes con diabetes suelen no tomar en serio estas restricciones y es por esto que, debe considerarse un proceso de “educación” y entrenamiento específico, para que la adhesión al tratamiento sea exitosa y los pacientes consideren las serias implicaciones que puede tener el no seguir las indicaciones, tal como lo propone el especialista que esté llevando su tratamiento.

New York Times, (2001, citado en Taylor, 2007) donde expertos argumentan que los diabéticos tipo II suelen no darse cuenta de los riesgos para la salud con los que se enfrentan. En una encuesta reciente se encontró que solo una tercera parte de los pacientes diagnosticados con diabetes se daba cuenta de que la enfermedad cardíaca era una de las complicaciones más serias que podrían tener. Por supuesto que la educación es un componente importante de la intervención.

Peyrot, McMurry y Kruger, (1999) argumentan que “Las personas que tienen buenas habilidades de autocontrol tienen más éxito en el control glicémico en virtud de una mayor adherencia al régimen de tratamiento”.

Los pacientes diagnosticados con DMT2 pueden encontrarse con diferentes obstáculos que son finalmente impuestos por sí mismos, esto debido a que al sentirse físicamente estables tienden a hacer de lado los regímenes necesarios para mantener controlada la diabetes, aunque esto no ocurre precisamente en todos los casos, también están los pacientes que tienen conciencia de la implicación y el impacto que refleja el no adherirse a los tratamientos.

Goodall y Halford, 1991) mencionan que “Para los diabéticos tipo II la adherencia también es difícil. Una mala adherencia parece deberse, más bien, a factores situaciones pasajeros como, por ejemplo, estrés psicológico y presión social para comer”.

Taylor, (2007) refiere que las características de los regímenes de tratamiento para la diabetes contribuyen a los bajos índices de adherencia. Concretamente, los principales factores que requieren de autocontrol, dieta y ejercicio, son factores del estilo de vida. Las personas que tratan de tener un control estricto sobre la dieta son asediadas constantemente por las tentaciones para alejarse del curso preestablecido, y las personas que, reteniendo muchas ocupaciones diarias, tratan de hacer ejercicio fácilmente olvidan esta actividad cuando existen otras demandas que parecen más apremiantes o necesarias.

El principal inconveniente con los pacientes diagnosticados con DMT2 es el cambio de hábitos en sus modos de alimentarse y de comer despreocupadamente lo que prácticamente les venga en gana, algo que es común y que en ellos es difícil de sobrellevar y que frecuentemente les lleva a romper con el apego a su régimen, es el duelo que finalmente viene acompañando el diagnóstico de su enfermedad.

Feinglos y Surwit, (1988) Las intervenciones dietéticas en pacientes diabéticos comprenden la reducción de la ingestión de azúcar y carbohidratos. La obesidad parece gravar al sistema insulínico, por lo que se aconseja a los pacientes lograr un peso normal. El ejercicio es muy aconsejable por que ayuda a que se consuma la glucosa en sangre y ayuda a bajar de peso.

Cuando se restringe de manera voluntaria la ingestión de calorías, dejar de comer cualquier cosa que se presente como un antojo y participar en programas de ejercicio puede en cierto modo, parecer una forma de extralimitarse, situación que muchos pacientes no precisamente están en disposición de hacer.

2.6. - Aportaciones de la psicología de la salud a la prevención y control de la DMT2

La psicología de la salud, a través de sus diversas investigaciones ha demostrado que la intervención psicológica como proceso de prevención de la diabetes puede ayudar en gran manera a reducir el número de personas que desarrollen la enfermedad, esto a través de la modificación de estilos y hábitos de vida.

En 2002, en Estados Unidos se realizó un estudio denominado el Diabetes Prevention Program, Diabetes Prevention Program Research Group, (2002a, citado en López, 2010) este estudio prospecto y aleatorio realizado en 27 centros de los Estados Unidos, que incluyo 3234 personas de ambos sexos mayores de 25 años de edad, con un IMC > de 25, glicemia de ayunas alterada e intolerancia a la glucosa de acuerdo con los criterios de 1997 de la American Diabetes Association (Asociación Americana de Diabetes), quienes fueron distribuidos en un grupo placebo (n=1082), un grupo que recibió metformina 850 mg 2 veces al día (n=1073) y un grupo que entro en un programa de modificación conductual del estilo de vida (n=1079), el seguimiento promedio fue de 2.8 años, durante los cuales se realizó una prueba de tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO) anual y una glicemia en ayunas cada 6 meses y ante la sospecha clínica de diabetes.

La intención de realizar propuestas que modifiquen la conducta y hábitos de las personas, es que se pueda reducir de manera considerable el que puedan desarrollar la enfermedad.

Arrivillaga, et al. (2007) mencionan que con referencias del paciente y de la familia, el psicólogo puede desarrollar acciones educativas que incluyan el re significación de los eventos y de las ideas que sustentan el malestar asociado a la enfermedad y, que mantienen patrones de evitación o “sabotaje”. En ellas el nivel informativo sobre la DM está incluido, y se abordan además las creencias y los temores que comparten también los otros miembros de la familia. Estos Sistemas de creencias sólo pueden derribarse si

se estimula la ejecución de “experimentos” para reevaluarlas y construir otras más adaptativas.

López, (2010) refiere que los pacientes del grupo placebo y del grupo con metformina recibieron indicaciones generales en sesiones individuales anuales de 20 a 30 minutos orientadas a mantener un estilo de vida saludable, reducción de peso y aumento de la actividad física. El punto de modificación del estilo de vida desarrollo un programa de 16 lecciones individuales en relación a dieta, ejercicio y modificaciones conductuales durante las primeras 24 semanas, y luego sesiones mensuales individuales y grupales para reforzar cambios de conducta. El riesgo de presentar DM-2 se redujo en un 31% en el grupo que recibió metformina y en un 58% en el grupo de modificación del estilo de vida

La psicología ha realizado diversas e importantes aportaciones en el control y el tratamiento de la DMT2, se han diseñado y propuesto procesos de modificación de conducta para cambiar los estilos de vida y ayudar a reducir peso en pacientes con DMT2.

Bloomgarden, Karmally, Metzger, brothers, Nechemias, Bookman, (1987, citado en López 2010) explican que “Por otro lado, también se han desarrollado procedimientos para entrenar a los pacientes diabéticos en un mejor auto-cuidado. Estas pueden clasificar según el foco principal de la intervención; proveer información o conocimiento”.

Buendía, (1999) menciona una serie de objetivos terapéuticos para aportar a los pacientes con diabetes:

- Cambiar los estilos atribucionales y elaborar la culpa.
- Generar expectativas de eficacia reales sobre el control del curso de la enfermedad y el manejo del paciente
- Modificar las creencias y mitos alrededor de la enfermedad y lo que ella ocasionara en el paciente.
- Desarrollar habilidades de soluciones a problemas
- Desarrollar habilidades de cuidado y seguimiento al paciente.

- Desarrollar habilidades de control emocional (ira, tristeza).
- Establecer un feedback positivo respecto a los logros frente a la salud.
- Desarrollar actividades conjuntas con el paciente
- Definir con claridad las funciones al dar un papel activo al paciente dentro de la familia.

Las aportaciones que ha hecho la psicología de salud en el control y manejo de las enfermedades ha sido un gran apoyo en el trabajo de mantener la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, esto debido a que se han realizado diversas investigaciones que contribuyen con la mejora dentro de los tratamientos ya que gran parte del deterioro de los pacientes diagnosticados con DMT2 es de índole emocional, esto debido a que se ven obligados cambiar hábitos de vida y hacer grandes “sacrificios” que originan sentimientos de pérdida que los lleva a vivenciar un duelo constante durante el desarrollo de la enfermedad.

La psicología como tratamiento de apoyo en conjunto con el tratamiento médico de los pacientes con DMT2, lleva a los pacientes a tener una mejor calidad de vida al sentirse estables de manera emocional y física, teniendo, así como resultado la estabilidad y hasta cierto punto una notable mejora.

CAPITULO III: EMOCIONES

3.1.- Definición de Emociones

Una de las áreas de mayor interés en la investigación experimental y la actividad profesional es el papel de la emoción en la promoción de la salud y génesis de la enfermedad, como en las consideraciones terapéuticas implicadas. Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema inmunológico, trastornos del corazón, diabetes, trastornos del sueño y cáncer.

Martínez-Sánchez, Fernández Abascal, Palmero (2002) definen a la emoción como una serie de procesos multidimensionales episódicos de corta duración que, provocadas por la presencia de estímulos o situaciones, que siendo evaluadas y valoradas como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, dan lugar a una serie de cambios o respuestas subjetivas, fisiológicas, cognitivas y motórico expresivas.

Desde siempre las emociones se han catalogado como poco relevantes dando una mayor importancia a la parte lógica de las personas, las emociones como estados afectivos pueden mostrar estados de la persona como deseos, objetivos, motivaciones y necesidades.

Lazarus (1991) define a las emociones como el resultado de un proceso de evaluación cognoscitiva sobre el contexto, los recursos de tratamiento y los posibles resultados de dichos procesos. Son reacciones ante el estado de los objetivos adaptativos cotidianos, que requieren la valoración de lo que está pasando en cada momento.

En los seres humanos, las emociones se presentan de manera general como una experiencia que involucra conjuntos de cogniciones, creencias y actitudes sobre el contexto y el mundo que, de manera general, se utilizan para evaluar determinadas situaciones y estas a su vez tienen influencia en la forma de percibir las situaciones.

Valencia, C. (2016) afirma que una emoción puede definirse como la interpretación de un evento y que la sensación que se experimenta es la respuesta hacia la emoción. Las emociones controlan nuestros pensamientos y por lo tanto el comportamiento en general, también afectan el cuerpo y por lo tanto la salud.

Goleman (2012) define a las emociones como un sentimiento y pensamientos característicos, estados psicológicos y biológicos y una variedad de tendencias a actuar, existen cientos de emociones, junto con sus combinaciones, variables, mutaciones y matices, en cuanto a emociones se refiere existen más sutilezas de las que se pudieran nombrar.

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.

3.2. - Psicología y emociones

Todas las emociones que experimentan los seres humanos tiene importancia en todo lo que sucede en comportamientos como sociedad, por este motivo la psicología tiene que adentrarse en el estudio de las emociones y en la importancia de estas como objetos de estudio.

Fernández, M. (2010) el poder de las emociones en la vida de las personas es frecuentemente rechazado por las ciencias sociales, dejándolo al campo de la psicología y la medicina, sin embargo, surge la pregunta del por qué el ser humano tiende a expresar de determinada manera los sentimientos, cuales son los hábitos asociados a las emociones e incluso cuales son los códigos comportamentales frente al estado de emergencia de determinado sentimiento, está la idea de que las emociones se comparten

en masa sin embargo se expresan y se viven de maneras particulares en cada individuo de determinada sociedad.

Las personas tienden a vivenciar las emociones de manera diferente, de acuerdo con las experiencias previas, así como del aprendizaje, maneras de actuar y de la situación en específico, muchas de las reacciones fisiológicas y de comportamiento que se desencadenan a raíz de las emociones son de nacimiento, mientras que otras, expertos afirman que se adquieren.

Fehr y Russell, (1984) Coloquialmente se puede referir a las emociones para describir estados subjetivos que poseen una intensa carga afectiva. Es posible decir sentirse alegres o tristes, tener miedo o ira; de hecho, la mayoría de la gente considera que los mejores ejemplos de estados emocionales son el amor y el odio.

Ostrosky, F., & Vélez, A. (2013) mencionan que, desde hace más de un siglo, los estudios sobre las emociones son punto de atención de los psicólogos y se han mencionado que las emociones tanto positivas así como las emociones negativas están íntimamente ligadas con la biología del ser humano y se cree que estas se dieron como una forma de supervivencia y como proceso de adaptación de la raza humana, es así que las emociones y sus expresiones son innatas, sin embargo también se tiene en cuenta la posibilidad de que factores del aprendizaje tienen una gran influencia en las expresiones.

Las emociones tienen un poderoso impacto en el comportamiento de las personas, orillan a realizar acciones que en situaciones comunes no se podrían llegar a realizar jamás, así como la evitación de ocasiones donde comúnmente los estímulos no son agradables.

Palmero y Martínez, (2008) señalan que es preciso señalar que el concepto de emoción tiene, al menos tres significados diferentes, dependiendo si se alude al: síndrome, estado y reacción. Un síndrome emocional es lo que normalmente se experimenta durante una emoción: ira, tristeza, miedo, etc. Cuando se refiere a un estado, se hace referencia de forma breve, reversible en la que aparece una disposición a responder de una manera

representativa que se corresponde al síndrome. Por último, una reacción emocional es el conjunto de respuestas manifestadas por un individuo en un estado emocional; esas respuestas pueden incluir expresiones faciales, cambios fisiológicos, conductas manifiestas y experiencias subjetivas.

La importancia del estudio de las emociones a partir de los supuestos psicológicos y la investigación y comprensión del entorno del individuo, dan pauta a tener mayor información del porque y del cómo expresa y manifiesta sus emociones, además de la relación que sus emociones tienen con su estado de salud y como estas impactan en la vida de la persona.

3.3.- Emociones Básicas

Las emociones son como unos anteojos a través de los cuales es posible ver y experimentar la vida, por lo tanto es de gran importancia que las emociones positivas imperen sobre las emociones negativas, dado que la percepción de lo que se esté viviendo, así como la autopercepción cambiaran de acuerdo a las emociones que se manifiesten.

Palmero, Martínez, (2008) mencionan que las emociones básicas representan un apartado muy atractivo para el estudio del ámbito emocional en psicología, al mismo tiempo puede representar un puente que permita el estudio comparado de las emociones en el ser humano y en otras especies.

Plutchik, (1991) argumenta que “Las emociones básicas son relevantes en la escala filogenética entera, ya que juegan un papel importante en la adaptación”.

Es posible determinar que emociones se manifiestan de acuerdo con los estímulos que se presentan en el entorno, de ahí que es desarrollo con la edad, el llegar a un punto donde se logran “dominar” o “controlar” y a esto, comúnmente se le conoce como madurez o inteligencia emocional.

Ekman, (1992 citado en Palmero, Martínez, 2008). Tradicionalmente se entiende que las emociones básicas son seis: miedo, ira, tristeza, asco, sorpresa y alegría. Cada una de ellas poseen unas especificidades que las diferencian entre sí, tales como patrones conductuales, fisiológicos y expresivos propios.

Palmero y Martínez, (2008) proponen una relación de emociones denominadas básicas desde las aportaciones de diferentes autores, son las más relevantes en el ámbito de las denominadas emociones básicas.

Tabla 1. Relación de Emociones Básicas según distintos autores

RELACIÓN DE EMOCIONES BÁSICAS SEGÚN DISTINTOS AUTORES		
Autor	Emociones básicas	Criterio para la inclusión
James (1884)	Miedo, tristeza, amor, ira.	Respuesta corporal
McDougall (1908/1950)	Ira, asco, excitación/euforia, miedo, debilidad, ternura, asombro.	Asociación con instinto
Watson (1930)	Miedo, amor, ira.	Genética
Arnold (1969a) (1960b)	Ira, aversión, coraje, pesimismo, deseo, desesperanza, miedo, odio, esperanza, amor, tristeza.	Tendencia de acción
Mowrer (1960)	Dolor, placer.	Estados emocionales no aprendidos
Izard (1971)	Ira, desagrado, asco, distres, miedo, culpa, interés, alegría, vergüenza, sorpresa.	Genética

Plutchik (1980)	Aceptación, ira, anticipación, asco, alegría, miedo, tristeza, sorpresa.	Procesos biológicos adaptativos
Ekman, Friesen y Ellsworth (1982)	Ira, asco, miedo, alegría, tristeza, sorpresa,	Expresión facial universal
Gray (1982)	Rabia, terror, ansiedad, alegría.	Genética
Panksepp (1982)	Curiosidad/expectativa, miedo, ira, pánico.	Genética
Tomkins (1984)	Ira, interés, desagrado, asco, distres, miedo, alegría, vergüenza, sorpresa.	Densidad de disparo neuronal
Otaley y Jemkins (1996)	Ira, tristeza, miedo, asco, felicidad.	Dependiente de la valoración
Weiner y Graham (1990)	Felicidad, tristeza.	Dependiente de la atribución
Ekman (1992b)	Ira, tristeza, miedo, asco, alegría.	Expresión facial universal
Stein y Tabasco (1992)	Ira, tristeza, miedo, asco, felicidad.	Dependiente de la valoración asociada a la funcionalidad.
Power y Dalgleish (1997)	Ira, tristeza, miedo, asco, alegría.	Dependiente de la valoración
Levenson (1999)	Ira, tristeza, miedo, asco, alegría, satisfacción.	Asociación prototípica, derivada de la evaluación y la valoración.

Fuente: Palmero y Martínez, (2008)

Es así, que en base a los criterios que se han mencionado, es evidente que existe un pequeño grupo de emociones básicas, en resumen, se puede mencionar que son: el miedo, la ira, la tristeza, el asco, el amor, la felicidad, estas consideradas como emociones básicas centrales.

3.4.- Tipos de emociones

Las emociones que se pueden manifestar como respuesta a una situación son prácticamente infinitas de acuerdo con el individuo que las manifiesta, las emociones son por lo general subjetivas y están fuertemente ligadas a experiencias previas del sujeto, o bien pueden ser efectuadas con datos que se tengan referentes al contexto.

Bisquerra, R. (2009) en su libro de Pedagogía de la emociones propone que existen clasificaciones o tipos de emociones, menciona que cada teórico propone sus propias definiciones y que existen muchas coincidencias, sin embargo menciona que no existe ninguna clasificación que haya sido aceptada de manera general, algunos autores se refieren a tres grandes emociones que son el miedo, la ira y la tristeza, sin embargo otros han hecho referencia a que son seis emociones básicas, el miedo, la ira, la tristeza, alegría, sorpresa y asco, existen diferentes modelos y jerarquías, llegando muchos a las mismas conclusiones.

Aunque las emociones no son posibles de clasificar, se han propuesto por diferentes autores los básicos de las emociones, sin embargo, esta clasificación concluye siendo una cuestión técnica ya que la principal característica de las emociones es que son subjetivas y cada individuo las experimenta de maneras diferentes y en distintas intensidades de acuerdo con su memoria emocional y con las experiencias que estas las acompañan.

Ekman (2003) define que existen dos tipos de emociones, emociones negativas y las emociones positivas, esta división generalmente aceptada, el miedo, la ira, la tristeza, el asco y el desprecio son consideradas como emociones negativas, y la felicidad, como

emoción positiva, mientras que la sorpresa puede pertenecer tanto a una como a la otra categoría.

La principal característica de las emociones y del cómo es posible identificarlas y diferenciarlas, va de acuerdo con las experiencias, el significado y la interpretación de cada individuo, de manera general y quizás cultural se pueden definir, pero definitivamente es cada individuo quien hace su propia definición, interpretación y vivencia de las emociones que experimenta, mucho se relacionan los estados emocionales con los estados de salud.

Mártinez-Sánchez, (2002) mencionan que la premisa implícita en la mayoría de las investigaciones que durante décadas se han centrado en la relación entre la emoción y la salud es sencilla: se sostiene que los estados afectivos negativos influyen negativamente sobre la salud, mientras que, por el contrario, los positivos pueden contribuir a preservarla. Esta afirmación se ajusta en gran medida a los conocimientos de los que actualmente disponemos, si bien es mucho más compleja de lo que inicialmente se creyó.

Considerando la información que diferentes autores exponen se puede concluir que es posible agrupar los diferentes tipos de emociones, esto por supuesto en base a las sensaciones de agrado o desagrado que producen y la reacción que estas provocan, las emociones positivas como la alegría pueden producir conductas de acercamiento y las emociones negativas como el enojo o la depresión provocan distancia y rechazo.

3.4.1.- Emociones negativas

Las emociones negativas tienen como consecuencia la reducción en el bienestar de la persona que las experimenta, es por eso que se tiende a evitarlas ya que bloquean la energía de las personas y tienen repercusiones negativas en su salud, por mencionar algunos ejemplos de emociones negativas están el miedo, el asco, la ira y la depresión.

Cano-Vindel, A. (2010) explican que en Psicología las emociones que más se han investigado y estudiado son las emociones conocidas como negativas, estas son comúnmente llamadas de esta manera por que producen una experiencia que es desagradable, las más importantes son el enojo, la ira y la ansiedad, esta última se presenta bajo situaciones de amenaza y la tristeza que se manifiesta como precursora de la depresión y se presenta mayormente ante situaciones que representan una pérdida. Piqueras, Ramos, Martínez, Oblitas (2009) mencionan que la ira, el miedo, el asco y la tristeza son estados emocionales que cuando se manifiestan de manera intensa y habitual, tienden a afectar de manera negativa la vida de las personas, esto trae como consecuencia que las emociones negativas representen uno de los factores principales para contraer y desarrollar enfermedades tanto físicas como mentales.

Recientes estudios holísticos y científicos argumentan que las emociones tienen un gran impacto en los estados de salud y en los hábitos de las personas, una persona que vive emociones negativas a causa de alguna situación, se sabe que esta propenso a manifestar o agravar un padecimiento en el estado de salud físico.

Cano-Vindel, Tobal, (2001) Mencionan que las emociones negativas como son la ira, la ansiedad, la depresión y la tristeza, son adaptables al individuo, en algunas ocasiones se encuentran en algunos individuos reacciones patológicas, esto debido al desajuste en frecuencia o en la intensidad, cuando dicho desajuste sucede pueden aparecer trastornos en la salud mental como en la salud física.

Las emociones negativas generalmente tienen un impacto directo en la salud física, generan en quien las experimente sensaciones de disgusto e incomodidad, aunque como emociones, cada individuo las experimenta de manera diferente y afectando a unos más que a otros.

Goleman, (2003) argumenta que cuando reacciones como la tristeza, depresión y la ira alcanzan niveles muy intensos, tienden a provocar cambios conductuales, de manera que

se pueden dejar de lado los hábitos saludables como pueden ser el hacer ejercicio físico, comer saludable o mantenerse al margen con sustancias nocivas.

En conclusión, pueden definirse a las emociones negativas como todas aquellas emociones que a causa de un estado de descontento y/o negación, se anteponen en el proceso y durante la adaptación a las causas que las generan, el miedo, la ira, el asco y la tristeza son estados emocionales que si se presentan de manera habitual afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, trayendo como consecuencia la aparición de una serie de factores que pueden llegar a manifestar enfermedades tanto físicas como mentales.

3.4.2.- Emociones positivas

Son aquellas que propician una acentuación en el bienestar del individuo que las siente. Estas además, suelen contribuir favorablemente en la manera de pensar y de actuar de las personas, proporcionando reservas tanto físicas como psicológicas para tiempos de crisis. Ejemplos de emociones positivas son la alegría, la satisfacción, la gratitud, la serenidad, etc.

Fredrickson (2001) menciona que las emociones positivas cuentan con un objetivo de gran importancia en los procesos de evolución, debido a que estos amplían la capacidad intelectual, recursos de carácter físico y desarrollo social de los individuos, así como hacerlos con mayor perdurabilidad e incrementan reservas a las que recurren cuando se manifiestan amenazas, de igual manera acrecientan los hábitos para hacer frente ante cualquier situación optimizando sus propios medios personales en un nivel psicológico, social y físico.

Las emociones positivas tienen la cualidad de ser un “escudo” ante determinadas situaciones donde los estímulos no son agradables, ayudan a hacer frente a las adversidades de la vida de los individuos y tienen el poder de llevar a las personas a donde quizás jamás se imaginaron estar.

Vecina, (2006) menciona que dentro del campo de estudio de la psicología se encuentra la importancia del estudio de las emociones positivas como son la esperanza, alegría, satisfacción, y orgullo por mencionar algunas, ha tenido gran relevancia en los últimos años ya que cada vez son más los trabajos que se centran en demostrar que entre las emociones y la salud existe una relación y una experiencia como el bienestar psicológico, la creatividad, la salud y la resiliencia.

Cada persona tiene la habilidad de hacer frente a situaciones de maneras diferentes, el uso y manejo de las emociones son el canal directo para experimentar y cambiar la realidad en la que se está en el momento, las emociones positivas generalmente dan esperanza ante situaciones adversas y de acuerdo con la madurez emocional y con el apoyo del círculo familiar y social se puede salir de casi cualquier situación que impacte directamente en estados anímicos.

Goleman, (2003) argumenta que las emociones positivas se pueden identificar por que se pueden sentir y manifestar de una manera peculiar en contraste con el resto de las emociones, ya que generan un sentimiento de seguridad y de expansión de las opciones, así como de ideas y maneras de reaccionar, las emociones positivas tienen el beneficio de ser disfrutadas en un momento presente y disfrutar de sus consecuencias a futuro.

Las emociones positivas producen un aumento en lo cognitivo y en aspectos de comportamiento, así como también pueden verse reflejadas en un incremento de la atención, mejoramiento de la memoria, fluidez verbal y la apertura mental para recibir nueva información y estímulos externos.

Vázquez, Pérez, (2003) Mencionan que las emociones positivas se pueden definir como episodios de sentimientos de bienestar que aparecen y desaparecen, mismos que pueden generar en determinado tiempo efectos que mejoran la resiliencia, una notable mejora en las relaciones positivas, el entorno y el bienestar. Este tipo de emociones amplían la perspectiva, ayudan a sentirse mejor conectado con el entorno y se ha demostrado que ejercen un gran impacto en la mejora de los estados de salud mental y

física, son de gran importancia debido a que contrarrestan los efectos negativos que causan las emociones negativas.

Las emociones positivas pueden categorizarse y definirse bajo diferentes criterios y de acuerdo con diferentes autores, sin embargo, las emociones positivas al igual que las emociones negativas son subjetivas y es finalmente que el individuo interpreta a su manera y forma de ser las emociones positivas, de acuerdo con su contexto y experiencia de vida.

3.5.- Reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad

Los pacientes que manifiestan una enfermedad crónica pasan por un significativo número de cambios al conocer el diagnóstico, enfrentarse a aceptar la condición y finalmente tolerar un nuevo régimen y estilo de vida, en este proceso acompañan a la persona un desfile de emociones, estas a consecuencia del conflicto de negarse a la aceptación de su nueva realidad.

Domínguez, Reyes, (2014) mencionan que estudios revelan, que los resultados de mayor relevancia en pacientes que han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica tienden a reaccionar de manera inmediata con miedo, ya que su diagnóstico implica cambios en sus vidas y repercusiones en la relación con ellos mismos, hábitos y con su entorno familiar, los principales conflictos se relacionan principalmente en la relación con la enfermedad.

Los pacientes que son sometidos a revisiones durante su enfermedad y el desarrollo de esta, muchas veces suponen un gran temor ante las posibilidades de posibles complicaciones y el agravamiento de la misma.

Otra reacción emocional ante un diagnóstico de una enfermedad es el miedo, que de acuerdo con Taylor (1986) argumenta que después del diagnóstico de una enfermedad, el temor es indudablemente una respuesta frecuente. Muchos pacientes se sienten

abrumados por los cambios que implica en su vida y por la posibilidad de la muerte. En ocasiones, el mundo puede surgir de forma intermitente durante el curso de la enfermedad. Por mencionar un ejemplo, en un paciente que se está recuperando de un infarto de miocardio, cada episodio de dolor en el pecho puede despertar una gran preocupación ante la posibilidad de sufrir un nuevo infarto.

Cuando una persona conoce su diagnóstico sobre una enfermedad crónica, a partir de ese momento experimenta sentimientos de pérdida tanto de su estado de salud como de su autonomía, en donde manifiesta como reacción inicial la negación a aceptar que tendrá que hacer grandes cambios en sus hábitos de vida, esto le puede llevar a estados de ira al reconocer que no tiene más alternativas, llevándolo a la frustración y la depresión.

López (2007) menciona que una de las principales reacciones que se presentan ante el diagnóstico de una enfermedad, es la depresión, ya que el estado de ánimo varía muy poco y no da respuesta a cambios ambientales, pero sí puede manifestar diferentes variaciones, en algunos casos el malestar, la agitación psicomotriz y la ansiedad, predominan sobre la depresión.

Oblitas (2010) menciona que la mayoría de las personas vivencia posterior a ser diagnosticada síntomas de depresión que en muchos casos es necesario someterse a tratamientos de índole psicológico y/o psiquiátrico, esto debido a que se pone en riesgo la vida del sujeto dado que pueden presentarse tendencias o ideas de muerte y suicidio.

Las alteraciones en los estados anímicos, frecuentemente se pueden ver disfrazados por otros síntomas como pueden llegar a ser un alto consumo de bebidas alcohólicas o un aumento de fobias o síntomas obsesivos dadas por preocupaciones hipocondriacas.

Domínguez, Viamonte, (2014) argumentan que según estudios en la mayoría de las personas que han sido diagnosticadas con enfermedades, se ha manifestado una evolución desfavorable y la gran mayoría mostró reacciones de índole psicológica ante el diagnóstico, se constataron niveles elevados en depresión y ansiedad y una tendencia

al estrés, los altos niveles de ansiedad y depresión, se ligan directamente con el diagnóstico como generador de ansiedad y estrés acompañados de una percepción fatalista y altamente pesimista en relación a la enfermedad.

Las personas que padecen una enfermedad crónica y el momento en que conocen su diagnóstico son un elemento detonante de diversas emociones y de síntomas depresivos de gran importancia, ya que al verse afectado por un padecimiento que le obligará a realizar importantes cambios en sus modos y hábitos de vida, esto trae como consecuencia sentimientos de tristeza y desánimo, lo que puede afectar de manera importante ya que puede verse en riesgo por no interesarse en mantenerse apegado a su régimen de tratamiento.

3.6.- Afrontamiento enfocado al problema Versus afrontamiento enfocado a la emoción

Un factor común que diferencia a una persona de otra, es su estilo de afrontamiento y reacción emocional ante los problemas, mientras que algunos los perciben como obstáculos hay muchos que los toman como oportunidades y desarrollan habilidades de resiliencia.

Taylor, (2007) refiere que el afrontamiento orientado al problema involucra intentos por realizar algo constructivo con las condiciones estresantes dañinas, amenazantes o que retan al individuo. El afrontamiento centrado en la emoción involucra esfuerzos por regular emociones generadas por la situación estresante.

Enfrentarse a retos y problemas que se presentan en el transcurso de la vida, el ser humano tiene la capacidad de controlar sus emociones y esto le da la capacidad de superar con éxito obstáculos, dos factores importantes al momento de hacer frente a una complicación es la resiliencia y el afrontamiento.

Taylor, (2007) menciona que de acuerdo con la naturaleza del evento también contribuye a definir las estrategias de afrontamiento que serán utilizadas, por ejemplo, los problemas laborales generalmente orillan a las personas de forma más común a realizar esfuerzos centrados en el problema para afrontar los eventos, tales eventos incluyen tomar acción directa o buscar ayuda a otras personas.

Penley, Tomaka y Wiehe, (2002) mencionan que los problemas de salud, en contraste, llevan a las personas a afrontar orientando a las emociones, probablemente porque una amenaza sobre la salud es un evento que debe ser tolerado, pero no necesariamente puede tomarse acción directa. Cuando los problemas de salud son susceptibles de esfuerzos activos, el estilo de afrontamiento al problema suele ser beneficio.

En medida que cada individuo ha experimentado en su vida enfermedad o situaciones dolorosas es que puede ser capaz de afrontar las situaciones y obtener un aprendizaje de las mismas, haciéndolo más resistente con mayor experiencia para afrontar emocionalmente casi cualquier situación.

Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (2000), argumenta que “Los problemas de salud también llevan a las personas a buscar apoyo social, mientras los individuos con problemas familiares por lo general tienden a manejar el afrontamiento orientado al problema”.

Zakowski, Hall, Klein y Baum, (2001). Afirman que la situación en la cual es posible realizar algo constructivo favorecerá el afrontamiento orientado al problema, mientras que las situaciones que simplemente deben ser aceptadas, favorecen el afrontamiento orientado a la emoción.

En muchas ocasiones los esfuerzos por resolver conflictos y el control de las emociones son dependientes entre sí, por mencionar un escenario, el evadir situaciones estresantes generan una tensión que provoca que los colaboradores de un trabajo repriman su enojo, pero fallen en el manejo del daño que se va acumulando a causa de estas situaciones.

Thomsen, Mehlsen, Hokland, Viidik, Olsen, Avlund, (2004) mencionan que el afrontamiento orientado incluye dos aspectos, siendo el primero la tensión emocional generada por los pensamientos recurrentes. Estos son pensamientos negativos y continuos que disminuyen la salud. Entre otros eventos relacionados con los pensamientos recurrentes se encuentran severos compromisos del funcionamiento inmunológico tanto en personas jóvenes como en adultos mayores.

Las experiencias identificadas como dolorosas, se manifiestan y expresan en emociones positivas y/o negativas, es a partir de las experiencias del individuo que las experimenta, que pueden ser a favor o un obstáculo en contra, saber afrontar estas emociones, puede ser la pauta a encontrar la solución al conflicto o bien dar claridad a los pensamientos para tomar decisiones que signifiquen la mejora de las circunstancias.

METODO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se utilizó el método de estudio de caso, el cual Eisenhardt (1989) define como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recolección de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.

- **TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es de corte cualitativo, con el cual mediante del uso de técnicas cualitativas se obtuvieron las emociones que presenta una persona antes y después de ser diagnosticada con Diabetes tipo 2, por medio de la entrevista a profundidad y aplicación de la prueba proyectiva HTP de John N. Buck.

- **EJE TEMÁTICO Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS**

Se analizaron las emociones previas y posteriores al diagnóstico de la DMT2, si estas son positivas o negativas, en pacientes que fueron diagnosticados con DT2, las manifestaciones conductuales y fisiológicas.

EJE TEMATICO EMOCIONES		
CATEGORIA DE ANALISIS	DESCRIPCION	INDICADORES

<p>Previo al diagnóstico de DMT2</p>	<p>Emociones positivas</p>	<p>Avia y Vázquez (1998) han precisado que una emoción positiva es aquella que cumple las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sentimiento provocado por la emoción se percibe como agradable. • El objeto de la emoción se valora como bueno. • La conducta que se realiza mientras se experimenta esa emoción se evalúa de forma favorable y las consecuencias de la emoción son beneficiosas. 	<p>AMOR FELICIDAD ALEGRÍA PLENITUD</p>
	<p>Emociones negativas</p>	<p>Son las que nos resultan perjudiciales para nuestra salud, son insanas para nuestra persona. Las emociones negativas disponen de configuraciones faciales específicas y propias que hacen posible su reconocimiento universal (Ekman,1989).</p>	<p>MIEDO TRISTEZA ENOJO</p>

Previo al diagnóstico de DMT2	Condiciones en las que se presenta la enfermedad	Es la propiedad o naturaleza de las cosas. Se usa para designar el estado en el que se encuentra la persona al momento en que se presenta una situación ya sea favorable o desfavorable.	PROTECCIÓN ANTICIPACIÓN RECHAZO EXPLORACIÓN
	Estilos de afrontamiento ante la enfermedad	Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.	ESTRÉS ANSIEDAD DISFORIA TEMOR NEGACIÓN
	Manejo de emociones ante la enfermedad	Capacidad con la que la persona logra controlar sus emociones, tal que uno llegue a mejorar su desarrollo personal y su capacidad de vida.	REPRESIÓN SOMATIZACIÓN

Posterior al diagnóstico de DMT2	Emociones positivas	Avia y Vazquez (1998) han precisado que una emoción positiva es aquella que cumple las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • El sentimiento provocado por la emoción se percibe como agradable. • El objeto de la emoción se valora como bueno. La conducta que se realiza mientras se experimenta esa emoción se evalúa de forma favorable y las consecuencias de la emoción son beneficiosas.	ESPERANZA ACEPTACIÓN FELICIDAD CARIÑO
	Emociones negativas	Son las que nos resultan perjudiciales para nuestra salud, son insanas para nuestra persona. Las emociones negativas disponen de configuraciones faciales específicas y propias que hacen posible su reconocimiento universal (Ekman,1989).	ENOJO ASCO AVERSIÓN ODIO DEPRESIÓN MIEDO

- **PARTICIPANTES**

Esta investigación se realizó con 5 participantes de entre 35 - 60 años, todos diagnosticados con DT2, actualmente residentes de la ciudad de Toluca y de Metepec en el Estado de México.

P1: Mujer de 48 años de edad, complexión media, estatura baja, cabello largo y lacio color negro, residente de la ciudad de Metepec Estado de México, de clase media alta, casada, tiene dos hijos, nivel de estudios maestría, laboralmente activo, diagnosticado desde hace 5 años con DT2.

P2: Hombre de 57 años de edad, complexión media, estatura media, cabello corto con muchas canas, residente de la ciudad de Toluca Estado de México, clase media, casado, tiene 5 hijos, 5 nietos, nivel de estudios básico, laboralmente activo, diagnosticado desde hace 3 años con DT2.

P3: Mujer de 42 años de edad, complexión media, estatura baja, cabello largo y chino, teñido de color rojizo, residente de la ciudad de Toluca Estado de México, clase media alta, divorciada, tiene 3 hijos, nivel de estudios Licenciatura, laboralmente inactivo, diagnosticado desde hace 6 años con DT2.

P4: Mujer de 46 años de edad, complexión medía, estatura media, cabello largo y lacio de color negro, residente de la ciudad de Toluca Estado de México, clase media, divorciada, tiene 3 hijos, 2 nietos, nivel de estudios básico, laboralmente activo, diagnosticado desde hace 3 años con DT2.

P5: Hombre de 35 años de edad, complexión delgada, estatura alta, cabello muy corto de color negro, residente de la ciudad de Metepec Estado de México, clase media baja, soltero, sin hijos, nivel de estudios básico, laboralmente activo, diagnosticado desde hace 4 años con DT2.

- **TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la técnica cualitativa de la entrevista a profundidad y el test proyectivo HTP integrado de John N. Buck.

- o **Entrevista a profundidad**

Para Cicourel (1982), consiste en adentrarse al mundo privado y personal de extraños con la finalidad de obtener información de su vida cotidiana. Aquí, no hay intercambio formal de preguntas y respuestas se plantea un guion sobre temas generales y poco a poco se va abordando. En este sentido, la creatividad debe estar a flote constantemente, pues se debe evitar hacer preguntas directas y cerradas, amenazantes y ambiguas.

Debido a que esta técnica explora la vida íntima de la persona resulta de gran utilidad ya que la finalidad del trabajo es encontrar esas emociones que resultan como foco de atención frente al diagnóstico de la persona.

- o **HTP (Casa-Árbol-Persona)**

Se utilizó el test Proyectivo H-T-P, (Casa-Árbol-Persona) De John N. Buck Y W.L. Warren elaborado en 1974 que no cuenta con validez ni confiabilidad debido a que es una prueba proyectiva. Su administración es de manera individual, con un tiempo de aplicación aproximado de entre 30 y 90 minutos. La población a la que se dirige es a niños, adolescentes y adultos.

Objetivo de la prueba es evaluar las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen y percepción familiar. Las instrucciones de la aplicación son que la persona debe sentarse frente a una mesa en una posición cómoda para dibujar. El cuarto donde se realice la prueba deberá estar en silencio y libre de distracciones. En él, se le solicita al individuo que dibuje libremente una casa, un árbol y una persona. Se puede pedir el dibujo adicional de una persona del sexo opuesto al del dibujo realizado primero por el sujeto. El segundo paso, un interrogatorio estructurado, incluye una serie de preguntas acerca de las asociaciones del sujeto con aspectos de cada dibujo.

- **PROCEDIMIENTO**

Para la realización de la investigación, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1.- Acercamiento

Para la búsqueda de los participantes se realizó una exploración con conocidos de colegas que vivieran en la ciudad de Toluca y Metepec en el Estado de México, ubicando a cada una de las personas que cumplían con la característica de ser diagnosticados con diabetes tipo 2.

Se abordó a cada uno de los participantes invitándoles a participar en la investigación en referencia a la diabetes y las emociones que representa.

2.- Negociación

Se les proporcionó a los participantes una breve explicación sobre su participación en el proyecto y se acordaron las fechas y horario para realizar las entrevistas.

3.- Firma de consentimiento informado

Los aspectos éticos que garantizan la integridad de los participantes, fueron asegurados en base a la firma de un consentimiento firmado por ellos mismos y el investigador, en el momento previo a la entrevista se entregó a los participantes un consentimiento a firmar, sugiriendo que en caso de tener alguna duda se manifestara antes de proceder con la firma.

4.- Realización de entrevistas

Se efectuaron las entrevistas de acuerdo a una guía temática, una vez realizadas se procedió con la aplicación de una evaluación HTP.

5.-Categorización

Para realizar la presentación de los resultados, se requirió de la categorización de los testimonios con base a las experiencias y significados de las personas con diabetes tipo 2 (Ver tabla 1).

6.- Resultados

Para la presentación de los resultados se utilizaron categorías de análisis que se elaboraron previamente, se emplearon categorías, lexías e interpretación en cada uno de los ejes, esta categoría permitió la recuperación de los testimonios de la participación que fueron retomados en las transcripciones textuales de las entrevistas.

7.- Análisis y Discusión

Para la realización del análisis se retoman las categorías en la presentación de resultados con la finalidad de dar continuidad en la lógica del proceso de emociones que se presentarán previo y posterior al diagnóstico, se presentan resultados de la aplicación de HTP, así como las formas de afrontamiento de la enfermedad, se realizó una discusión retomando los temas principales de la investigación.

9.- Conclusiones y propuestas

Por último, se realizaron las conclusiones considerando las aportaciones de la presente investigación y finalmente se realizaron las propuestas que permitirán dar continuidad a futuras investigaciones relacionadas con el tema de estudio y desde la perspectiva psicológica de enfermedad y emociones.

RESULTADOS

A continuación, se presentan una serie de tablas que muestran los resultados, que se obtuvieron a partir de las entrevistas realizadas a 5 participantes, a fin de explorar los detalles de las emociones que experimentaron antes y después de recibir el diagnóstico de DT2.

Tabla 1. Categoría de Análisis

CATEGORIA DE ANÁLISIS	LEXIAS	INTERPRETACIÓN
<p>Emociones positivas previas al diagnóstico de DT2</p>	<p>P1 <i>“Amor a mi profesión, más que nada”</i></p> <p>P1 <i>“yo siempre he sido muy cariñosa y apegada a mi familia, siempre me sentí con cariño por todos”</i></p> <p>P1 <i>“Nunca he sido resentida y perdono muy rápido”</i></p> <p>P2 <i>“Sentía mucha tranquilidad y seguridad de tener una vida larga”</i></p> <p>P2 <i>“disfrutaba mucho de poder tomar y convivir con mis amigos”</i></p> <p>P3 <i>“Me sentía que podía ser libre, en cuanto a comer cualquier cosa, mi complexión siempre ha sido delgada”</i></p> <p>P3 <i>“trabajaba en los negocios que todavía tenemos ahí me distraía y me sentía bien, me sentía contenta de hacer mis actividades”</i></p> <p>P4 <i>“todo el tiempo me sentí feliz con</i></p>	<p>En general los participantes refieren que previo al diagnóstico de DT2, eran personas amorosas, dedicadas a su trabajo y con un sentimiento de libertad, de poder comer lo que quisieran sin preocuparse por su salud.</p> <p>Goleman, (2003) argumenta que las emociones positivas se pueden identificar por que se pueden sentir y manifestar de una manera peculiar en contraste con el resto de las emociones, ya que generan un sentimiento</p>

	<p><i>mi familia y la salud de todos mis seres amados”</i></p> <p>P4 <i>“A pesar de todo, siempre me sentí contenta porque pues uno es joven y se siente que lo puede todo, y mis mi familia e hijos me apoyaron siempre”</i></p> <p>P5 <i>“siempre he sentido mucha gratitud y amor en lo que hago y por lo que soy”</i></p> <p>P5 <i>“yo desde chavito he sido muy alegre, siempre me sentí feliz y muy amado”</i></p>	<p>de seguridad y de expansión de las opciones. Los participantes refieren que antes de la enfermedad se encontraban:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentían amor • Libertad • Felicidad • Seguridad • Alegría • Gratitud • Tranquilidad <p>De acuerdo con Fredrickson (2001) menciona que, las emociones positivas cuentan con un objetivo de gran importancia en los procesos de evolución, debido a que estos amplían la capacidad intelectual, recursos de carácter físico y desarrollo social de los individuos.</p>
--	---	--

CATEGORIA DE ANÁLISIS	LEXIAS	INTERPRETACIÓN
<p>Emociones negativas previas al diagnóstico de DT2</p>	<p>P1 <i>“muchas veces en el trabajo sentía mucho coraje y miedo constante ya que era un banco y nos asaltaron varias veces, así estuve como 15 años”</i></p> <p>P1 <i>“el constante estrés antes de vivir acá en Metepec porque antes vivíamos en la ciudad de México”</i></p> <p>P1 <i>“siempre he sido muy preocupada por mis hijos, cuando salen o van a algún lado, no me quedo tranquila hasta que me avisan que ya llegaron”</i></p> <p>P2 <i>“Casi siempre andaba estresado en el trabajo, por andar a las carreras y por hacer las cosas bien”</i></p> <p>P2 <i>“Yo era algo agresivo, no me gustaba que me gritaran”</i></p> <p>P2 <i>“Yo a veces me enojaba de todo, sentía mucho coraje por cosas que a veces ni valían la pena”</i></p> <p>P2 <i>“Con la muerte de mis padres, se me detonó con mayor intensidad la enfermedad, sentí mucha tristeza”</i></p> <p>P3 <i>“Tenía mucho estrés y me sentía muy deprimida en varias ocasiones por que mi esposo si era muy grosero conmigo”</i></p> <p>P3 <i>“siempre he sentido mucha preocupación por mis hijas, ya que</i></p>	<p>Piqueras, Ramos, Martínez, Oblitas (2009) mencionan que la ira, el miedo, el asco y la tristeza son estados emocionales que cuando se manifiestan de manera intensa y habitual, tienden a afectar de manera negativa la vida de las personas.</p> <p>Los participantes refieren que antes de la enfermedad se encontraban:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enojados • Estresados por las largas jornadas de trabajo • Inseguridad • Miedo • Tristeza • Agresividad • Preocupaciones constantes • Enojo • Presentaban

	<p><i>se pelean mucho y nada mas no se pueden llevar bien”</i></p> <p>P3 <i>“pues fíjate que si soy bien enojona, me enoja muy fácil y si soy algo resentida”</i></p> <p>P4 <i>“Sentía casi siempre inseguridad y angustia, como mi marido trabajaba fuera, me daba mucho miedo le fuera a pasar algo”</i></p> <p>P4 <i>“Desde hace años padezco migraña y eso también siempre me ponía muy mal en mi estado de ánimo”</i></p> <p>P5 <i>“Miedo, siempre me ha dado miedo el futuro porque sé que mis seres amados con la edad pues ya sabes lo que sigue en el ciclo de la vida”</i></p> <p>P5 <i>“siempre me he sentido ansioso, así soy creo”</i></p> <p>P5 <i>“siento que me desespero muy fácil cuando no me entienden y si me enoja fácil a veces”</i></p>	<p>pérdidas significativas</p> <p>Las emociones negativas generalmente tienen un impacto directo en la salud física, generan en quien las experimente sensaciones de disgusto e incomodidad.</p>
--	---	--

CATEGORIA DE ANÁLISIS	LEXIAS	INTERPRETACIÓN
	<p>P1 <i>“Vivo mi vida al día, me apego a mi tratamiento, voy a zumba y me motiva el ir a dar clases al Tecnológico”</i></p> <p>P1 <i>“ahorita ya me tengo que inyectar</i></p>	<p>Cada individuo experimenta una emoción en forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores,</p>

<p style="text-align: center;">Formas de afrontamiento de la enfermedad</p>	<p><i>insulina todos los días en la noche, no me gusta, pero no por eso dejo de hacerlo”</i></p> <p>P2 <i>“No tomo medicamento, el ejercicio es mi medicamento y el alimento es lo que cuido mucho”</i></p> <p>P2 <i>“todo el tiempo estoy ahorrando, me gusta irme de viaje a veces con mi hija la menor o si no me voy sola, me gusta conocer y salir de la rutina para distraerme”</i></p> <p>P2 <i>“se lo que puedo y no comer y siempre me cuido en ese aspecto, como saludable y cambio los dulces por algunas frutas ya de plano cuando no aguanto el antojo”</i></p> <p>P3 <i>“Me distraigo platicando con los pasajeros, que tantito le sacas la plática y ya te entretienen un ratito”</i></p> <p>P3 <i>“mis nietos me han ayudado mucho a seguir echándole ganas y demostrar que si se puede a pesar de la enfermedad”</i></p> <p>P4 <i>“Vengo de descendencia de diabéticos, eso me hacía a la idea a veces”</i></p> <p>P4 <i>“pues me distraigo trabajando, mis hijos son mi gran motivo, tengo dos nietas y eso me da ánimos cuando me siento mal”</i></p> <p>P5 <i>“El horario de trabajo, las horas</i></p>	<p>aprendizaje, carácter y de la situación concreta.</p> <p>Taylor, (2007) refiere que el afrontamiento orientado al problema involucra intentos por realizar algo constructivo con las condiciones estresantes dañinas, amenazantes o que retan al individuo El afrontamiento orientado al problema involucra intentos por realizar algo constructivo con las condiciones estrenaste dañinas, amenazantes o que retan al individuo.</p> <p>Es decir, los pacientes desvían su atención hacia otras actividades, evitando así, pensar en la enfermedad como tal, la cual les genera problemas malestares emocionales.</p> <p>Cano-Vindel, Tobal, (2001) Mencionan que las emociones negativas como son la ira, la ansiedad, la depresión y la tristeza, son adaptables al individuo, en algunas</p>
--	---	---

	<p><i>tan extensas, pues tenemos que acudir a alimentos que no son sanos”</i></p> <p>P5 <i>“yo generalmente hago ejercicio y me distraigo y relajo paseando a mi perro”</i></p>	<p>ocasiones se encuentran en algunos individuos reacciones patológicas</p>
--	--	---

CATEGORIA DE ANÁLISIS	LEXIAS	INTERPRETACIÓN
<p>Manejo de emociones ante la enfermedad</p>	<p>P1 <i>“Trato de hacerme a la idea, no me privo de mis antojos, únicamente soy cuidadosa y muy responsable”</i></p> <p>P1 <i>“me controlo más a la hora de hacer corajes, creo que me he vuelto más paciente”</i></p> <p>P2 <i>“Ya no tenía las fuerzas necesarias para trabajar y mejor me retiré, di las gracias en mi trabajo y ahora traigo mi taxi”</i></p> <p>P2 <i>“A veces me siento triste porque me limitan mucho, pero me hago a la idea y ya no digo nada porque sé que es por mi bien”</i></p> <p>P2 <i>“Fue muy difícil, porque sentía que la cabeza me estallaba con el tratamiento, no consentí el tratamiento”</i></p> <p>P3 <i>“Me cuesta trabajo porque es un trabajo duro, ya que es algo que tengo que cuidar de por vida”</i></p> <p>P3 <i>“me mantengo tranquila, no tengo otra opción, mejor tranquila y</i></p>	<p>Los pacientes entrevistados refieren sobrellevar su enfermedad enfocándose en actividades físicas como el ejercicio, dietas saludables y con restricción de determinados tipos de alimentos, realizando actividades que distraen su atención. Los pacientes refieren llevar un manejo de emociones concentrándose en seguir adelante tratando de llevar una vida lo más normal posible, en convivencia principalmente con sus familias y cuidando de sí mismos. Domínguez, Reyes, (2014) mencionan</p>

	<p><i>ya vamos avanzando y viviendo bien”</i></p> <p>P4 <i>“Tengo que aprender a vivir con eso y no enfrasarme”</i></p> <p>P4 <i>“Me pongo a pensar que siempre hay algo peor, ya me acostumbré y hasta cierto punto lo acepté”</i></p> <p>P4 <i>“trato de ya no enojarme tanto, ya entendí que no vale la pena”</i></p> <p>P5 <i>“Me gusta y me hace sentir bien hacer ejercicio”</i></p> <p>P5 <i>“siempre ando buscando actividades para distraerme, pero me gusta más cuando me hacen reír como ir al cine o cosas así”</i></p> <p>P5 <i>“estar con mis amigos o gente que estimo me da pila para seguir adelante normal, tan normal que a veces ni me acuerdo que tengo diabetes”</i></p>	<p>que estudios revelan, que los resultados de mayor relevancia en pacientes que han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica tienden a reaccionar de manera inmediata con miedo, ya que su diagnóstico implica cambios en sus vidas y repercusiones en la relación con ellos mismos, hábitos y con su entorno familiar.</p> <p>López (2007) menciona que una de las principales reacciones que se presentan ante el diagnóstico de una enfermedad, es la depresión, ya que el estado de ánimo varía muy poco y no da respuesta a cambios ambientales.</p>
--	--	---

CATEGORIA DE ANÁLISIS	LEXIAS	INTERPRETACIÓN
<p>Emociones positivas posteriores al diagnóstico de DT2</p>	<p>P1 <i>“Me siento tranquila y con ánimos de seguir echándole ganas”</i></p> <p>P1 <i>“Siempre he creído que las cosas pasan por algo, yo estoy bien, me siento bien y es lo que importa”</i></p> <p>P1 <i>“Me siento fuerte, a veces mi familia cree que por la enfermedad me deben tratar de forma diferente, pero no, los regaño y les digo que soy fuerte y la enfermedad me hace los mandados”</i></p> <p>P2 <i>“Es algo que asumí, es algo que voy a tener toda la vida, le veo el lado positivo y no enfrascarme con algo, porque genera conflictos mentales”</i></p> <p>P2 <i>“Ya estoy más contento, porque puedo comer más cosas de las que antes no podía”</i></p> <p>P2 <i>“Gracias a mi familia y a Dios he salido adelante” “Me siento muy contento en el taxi, es una distracción para mí”</i></p> <p>P2 <i>“Mi vida cambio, ya llamo más a mis familiares, me dedico más a mi señora y mis hijos”</i></p> <p>P2 <i>“Ahorita me dan más ganas de vivir y si le hecho ganas, con más entusiasmo en las mañanas”</i></p> <p>P3 <i>“Es algo que asumí, es algo que</i></p>	<p>Goleman, (2003) argumenta que las emociones positivas se pueden identificar por que se pueden sentir y manifestar de una manera peculiar en contraste con el resto de las emociones. Los participantes refieren estar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contentos • Optimistas • Esperanza • Con ganas de vivir • Más amorosos y apegados a sus familiares • Amor • Felicidad • Gratitude • Resiliencia <p>Vázquez, Pérez, (2003) Mencionan que las emociones positivas se pueden definir como episodios de sentimientos de</p>

	<p><i>voy a tener toda la vida, le veo el lado positivo y no enfrascarme con algo, porque genera ideas que no dejan nada bueno”</i></p> <p>P3 <i>“no lamentaría mis últimos días de vida, ya que la he disfrutado al máximo, yo me siento plena y me siento tranquila”</i></p> <p>P3 <i>“Ahora más que nunca disfruto mucho viajar y disfrutar las experiencias que da la vida”</i></p> <p>P4 <i>“siento bienestar, me siento contenta conmigo y con lo que vivo”</i></p> <p>P4 <i>“Me volví mucho más paciente y más tranquila”</i></p> <p>P4 <i>“estoy agradecida con Dios por darme vida y poder seguir haciendo mis cosas sin batallar”</i></p> <p>P5 <i>“resignación y confianza de que todo iba a mejorar”</i></p> <p>P5 <i>“yo me apoyo mucho en mi familia y eso me da estabilidad y calma de que sé que no estoy sólo”</i></p> <p>P5 <i>“Dicen que lo que no te mata, te hace más fuerte, o el de hierva mala nunca muere (risas) creo que esos aplican para mí”</i></p>	<p>bienestar que aparecen y desaparecen, mismos que pueden generar en determinado tiempo efectos que mejoran la resiliencia.</p> <p>Las emociones positivas pueden categorizarse y definirse bajo diferentes criterios y de acuerdo con diferentes autores, sin embargo, las emociones positivas al igual que las emociones negativas son subjetivas y es finalmente que el individuo interpreta a su manera y forma de ser las emociones positivas, de acuerdo con su contexto y experiencia de vida.</p>
--	---	--

CATEGORIA DE ANÁLISIS	LEXIAS	INTERPRETACIÓN
<p>Emociones negativas posteriores al diagnóstico de DT2</p>	<p>P1 <i>“Al principio me negué, me dio mucho miedo y no quería aceptarlo”</i></p> <p>P1 <i>“Es un problema que yo ya veía venir, si fue difícil el asimilarme ya como diabética, dado que mis padres fallecieron de esa enfermedad”</i></p> <p>P1 <i>“Me deprimí y sentí mucho coraje”</i></p> <p>P1 <i>“venia ya yo mal porque acababa de morir mi mamá precisamente por la diabetes y la diálisis”</i></p> <p>P2 <i>“No pues muy decaído, este todo el cuerpo me dolía, me dolía la cabeza, me daban ganas de vomitar, este, nomás se me iba en puro dormir, no comía en todo el día y me permanecía más acostado y este, no me daban ganas de nada, la vista se me estaba nublando, perdía yo la visibilidad de la vista”</i></p> <p>P2 <i>“Le dije a mi señora que, porque no mejor me hubiera muerto, sentía que ya no servía para nada”</i></p> <p>P2 <i>“Triste, y dije pus ni modo es una enfermedad y no me la puedo quitar, ni los doctores pueden” “No me dio miedo, ni me espante por la enfermedad”</i></p> <p>P2 <i>“Un poco molesto, había momentos en los que yo me ponía de</i></p>	<p>Latorre y Beneit (1985) los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas como la DMT2 manifiestan negación como un mecanismo de defensa por el cual evitan las implicaciones de la enfermedad, también Taylor (2007) nos dice que los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas como la DMT2 después del diagnóstico de la enfermedad, el miedo es una respuesta frecuente ya que muchos pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que van a presentar en su vida y por la posibilidad de la muerte y en ocasiones puede surgir de forma intermitente durante el curso de la enfermedad.</p> <p>Las emociones negativas que presentas los</p>

	<p><i>malas, quería desquitarme con mi familia”</i></p> <p>P2 <i>“Cuando me enferme fue, siento porque me chocaron y perdí mi autobús donde trabajaba y me deprimí mucho”</i></p> <p>P3 <i>“Tuve miedo, más que por la enfermedad, por las consecuencias, mis padres fueron emodializados, me genera conflicto la enfermedad”</i></p> <p>P3 <i>“Me molesto cuando intentan limitarme en mis comidas”</i></p> <p>P3 <i>“es frustrante, yo sentía que moría de hambre, fue devastador”</i></p> <p>P3 <i>“me enojaba porque mucho tiempo no me cuida y a lo mejor pude haber alargado este periodo de enfermedad”</i></p> <p>P3 <i>“tristeza, porque no podía comer todo lo que estaba acostumbrada”</i> P3 <i>“le agarré coraje a la doctora y a mi hija, porque sentía que eran las dos culpables de mi enfermedad”</i></p> <p>P3 <i>“Todo se desato a partir de la separación con mi esposo, me sentí abandonado”</i></p> <p>P4 <i>“Me preocupe por mis hijos y mi esposo, que harían sin mi”</i></p> <p>P4 <i>“angustia al principio cuando asumí el diagnóstico, el diagnostico como tal y que lo relacionaba con la</i></p>	<p>participantes al momento de recibir el diagnostico de DT2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Ira • Se sienten decaídos • Tristeza • Depresión • Coraje • Angustia <p>Goleman, (2003) argumenta que cuando reacciones como la tristeza, depresión y la ira alcanzan niveles muy intensos, tienden a provocar cambios conductuales, de manera que se pueden dejar de lado los hábitos saludables como pueden ser el hacer ejercicio físico, comer saludable o mantenerse al margen con sustancias nocivas. Las emociones negativas tienen como consecuencia la</p>
--	--	---

	<p><i>muerte de mis hermanos”</i></p> <p>P4 <i>“ya sospechaba que me podía pasar, pero siempre lo vi como algo lejano, pero siempre me dio miedo”</i></p> <p>P4 <i>“este problemita yo sentí que fue a partir de mi divorcio, me deprimió y afecto todo el proceso de separación”</i></p> <p>P5 <i>“yo estaba muy enojado, me consto como no te imaginas aceptarlo”</i></p> <p>P5 <i>“también sentí mucho miedo, he conocido a varias personas que se han muerto por tener diabetes”</i></p> <p>P5 <i>“algo que me dolió mucho es que, pues estoy joven y ya para tener eso, pues si fue difícil entenderlo”</i></p> <p>P5 <i>“lo que me deprimió más, fue que me prohibieron varias cosas que me gustan de comida y así”</i></p> <p>P5 <i>“yo tenía una relación muy cercana con mi abuela materna, fue cuando ella murió que empecé después a ponerme mal hasta que me diagnosticaron ya con diabetes”</i></p>	<p>reducción en el bienestar de la persona que las experimenta, es por eso que se tiende a evitarlas ya que bloquean la energía de las personas y tienen repercusiones negativas en su salud</p>
--	---	--

- **RESULTADOS EVALUACIÓN HOUSE-TREE-PERSON**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Test HTP (House-Tree-Person) a los participantes, a fin de explorar las emociones positivas y negativas previas y posteriores a ser diagnosticados con la enfermedad DT2:

P1: Los dibujos fueron hechos de gran tamaño, lo que da la impresión de tener un ambiente restrictivo, tensión e impulsividad, a excepción de la persona, lo cual denota inseguridad.

La presión de los tres dibujos fue liviana lo que denota un bajo nivel energético, pero también puede significar depresión, restricción, temor.

Los trazos repetitivos fueron fragmentados, cortos y esbozados, lo cual puede indicar timidez, inseguridad e impulsividad.

Los tres dibujos fueron ubicados en el centro, el árbol tiene manzanas, lo cual puede denotar una necesidad de sentirse productivo.

Tanto la casa como el árbol presentan una línea en la base, lo cual puede indicar una necesidad de seguridad o de apoyo al igual que ansiedad por la forma de los trazos.

P2: Los dibujos fueron hechos de un tamaño regular, dan una impresión de regresión y aislamiento, destaca una posible búsqueda de la fantasía y una huida del contacto con la realidad.

La ubicación central de la casa suele indicar de la persona tiende a mostrar conductas de excesiva rigidez para compensar emociones de ansiedad e inseguridad, el tamaño pequeño denota introversión y autoprotección contra el mundo externo.

La figura del árbol sugiere: las raíces sugieren seguridad hacia el futuro, una

personalidad afectivamente sana, el tallo delgado sugiere pensamiento rígido, timidez e inseguridad. Las frutas sugieren que hay una necesidad de hacer felices a los demás.

La figura de la persona de acuerdo con sus rasgos denota: inseguridad, dificultad para expresarse con los demás, ausencia de agresividad manifiesta, necesidades afectivas.

P3: Los dibujos fueron hechos de gran tamaño, lo que da la impresión de tener un ambiente restrictivo, tensión e impulsividad, a excepción de la persona, lo cual denota inseguridad.

La figura de la casa sugiere: capacidad para demostrarse afectuoso y amigable, confortable y persona cálida que gusta de ayudar a otros para encontrar bienestar en sí misma, gusto por las relaciones sociales y la comunicación.

La figura del árbol sugiere que: hay rasgos de fragilidad emocional, idealista frente a lo material y terrenal, seguridad hacia el futuro, búsqueda de estabilidad emocional.

La figura de la persona denota: que existen rasgos de angustia y ansiedad, impulsividad, así como ideas narcisistas e ideaciones paranoides, culpa por no poder actuar correctamente, rasgos obsesivos y rebeldía.

P4: Los dibujos fueron hechos de tamaño medio, lo que da la impresión de tener una personalidad tímida, así como fragilidad emocional.

La figura de la casa muestra: posible miedo y/o sentimientos de inferioridad, conflicto con ruptura familiar, buena conexión con sus ideas, opresión por conflictos, inseguridad.

La figura del árbol sugiere: un fuerte apego a la familia, seguridad hacia el futuro, búsqueda de estabilidad emocional, espíritu de superación, deseo de dar y hacer felices a los demás.

La figura de la persona se puede interpretar como: tendencias obsesivo-compulsivas, timidez, ausencia de agresión, angustia, perfeccionismo, posible depresión, necesidad de apoyo.

P5: Los dibujos fueron hechos de gran tamaño, lo que da la impresión de tener un ambiente restrictivo, tensión e impulsividad, a excepción de la persona, lo cual denota inseguridad.

La figura de la casa muestra: posible alegría y bienestar, un ambiente acogedor, dependencia de los demás, busca de ayuda de su entorno para seguir adelante, apertura, buenas relaciones familiares, ambiente tranquilo y acogedor.

En la figura del árbol se muestra: a una persona normalmente extrovertida, alegre, no duda en explorar su entorno, equilibrio, templanza, seguridad en sí mismo, autocontrol, capacidad de planificación, carácter tranquilo.

La figura de la persona muestra: posible impulsividad, poco autocontrol y narcisismo, manipulador, ansiedad, necesidad de apoyo, amor y apoyo familiar, vínculos familiares. De acuerdo con las respuestas de los participantes en las preguntas posteriores a la aplicación de HTP, se describen a continuación las emociones que se encontraron en las respuestas de los participantes.

EMOCIONES POSITIVAS



EMOCIONES NEGATIVAS



DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de la vida de las personas, se viven experiencias que dejan marcada una línea entre las emociones y la salud, los hábitos alimenticios y los modos de vida, los factores sociodemográficos y culturales tienen una directa relación en la experiencia con las emociones, el origen de las enfermedades y la forma de afrontar las situaciones complejas que pueden manifestarse.

En la presente discusión se incorpora una perspectiva de la relación y manifestación de las emociones que se presentan en personas que han sido diagnosticadas con diabetes tipo 2 previo a su diagnóstico y posterior al mismo, la cual integra un análisis de los factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales que se relacionan de diversas formas con el desarrollo, afrontamiento y tratamiento de la enfermedad.

ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA

De acuerdo a la literatura, se entiende como enfermedad crónico degenerativa a aquella que con el paso del tiempo causa estragos irreversibles en las personas que padecen alguna patología física y/o mental.

De acuerdo con la definición de enfermedad crónica, de la Organización Mundial de la Salud (2016) se define que está tiene una duración prologada y un constante desgaste, entre las tantas enfermedades denominadas crónico degenerativas, existe la diabetes tipo 2, en la cual se centra la presente investigación.

La diabetes tipo 2 como enfermedad crónico degenerativa, afecta físicamente y emocionalmente a quienes la padecen, de acuerdo a los comentarios de los participantes de esta investigación, se confirma que esta ha afectado en algunos casos la vista y riñón, así como sus emociones posteriores al diagnóstico.

Las enfermedades crónicas son las que afectan en forma gradual la salud física y/o

mental de los pacientes que las padecen, lo cual se relaciona con lo mencionado por Roglic, G., Unwin, N., Bennet, P.H., (2005)

Emocionalmente la DT2 como enfermedad crónico degenerativa, afecta directamente a quienes la padecen debido a los cambios de hábitos y estilos de vida que son necesarios y por sobrevivencia que deben implementarse como nueva forma de vivir, además de la constante angustia ante la idea de la muerte.

DIABETES

La diabetes, está considerada como la enfermedad y causa de muerte número uno en México, el gobierno mexicano ha implementado campañas para promover modos de vida y alimentación más saludable para evitar esta creciente estadística.

Esta enfermedad tiene un origen por dos principales causas, hereditarias y el factor de modo de vida, la diabetes se caracteriza por un déficit en la producción de insulina en el páncreas, esto de acuerdo con lo comentado por Latorre y Beneit (1994).

La diabetes como enfermedad, trasforma la vida de quienes la padecen, tal es el caso de los participantes de esta investigación, quienes argumentan que, desde los síntomas y el diagnóstico han sido muchas las transformaciones que han realizado en sus modos de vida, para mantenerse en un estado equilibrado de salud ante la enfermedad y así evitar los riesgos que esta conlleva de no tener un apego a las indicaciones y los tratamientos para mejorar su calidad de vida.

Como enfermedad, la diabetes no es única ya que se ha considerado que es un cumulo de varios denominadores, entre los que el principal es la hiperglucemia y todos los factores que esta desencadena, esto de acuerdo con los mencionado por Ferrara (1992) y con los argumentos de los participantes de esta investigación, quienes hacen mención han tenido deficiencias en visión, piel reseca, cansancio crónico, falla de riñón y tratamientos de suministro de insulina.

De acuerdo a la literatura y experiencias de los participantes de esta investigación, se logra definir a la diabetes como una enfermedad crónico degenerativa que afecta los niveles de azúcar en sangre derivados de la producción anormal o nula de insulina en el páncreas, generalmente causada por dos principales factores que pueden ser hereditarios o externos como el sedentarismo y dietas altas en grasas y azúcares.

EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL DE LA DIABETES

De acuerdo con las cifras oficiales de la OMS (2004), en el mundo hay más de 180 millones de personas que padecen diabetes y predicen estos aumenten al doble para el año 2030.

Por los casos documentados en esta investigación, es posible definir que la diabetes no tiene una edad, género, estatus social o causa determinada, tiene cierta tendencia, sin embargo, no son factores necesarios para quienes la padecen.

De acuerdo con estadísticas generalmente se ha detectado un número mayor de pacientes se encuentra entre los 24 y 65 años, tal como se muestra en la descripción de edad de los participantes de esta investigación y de acuerdo con lo comentado por King, Aubert, Hernan, (1998).

Una de las situaciones más alarmantes son los costos del tratamiento y estos a su vez que a mayor demanda generan escasez, considerando también que las personas que la padecen y por los estilos de alimentación en México, se ve complicado el hecho de apearse correctamente a los tratamientos y a las medidas impuestas por los especialistas, quienes de acuerdo a los comentarios de los participantes de esta investigación, propone dietas estrictas que prohíben ingerir alimentos altos en grasa, tipos de carnes y productos con un alto contenido de azúcares, siendo estos los más comunes y preferidos en general por la población.

TIPOS DE DIABETES

Como muchos otros tipos de enfermedades, crónicas degenerativas, existen diferentes variables de las mismas que se diferencian por su grado de severidad y condiciones en las que ponen a quienes las padecen, la diabetes no es la excepción, ya que existen dos tipos de diabetes registrados, la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2, estos dos igual de problemáticos para la vida de las personas que la padecen.

En ambos tipos de diabetes las consecuencias afectan física y emocionalmente a quienes la padecen, tal es el caso de los participantes de esta investigación, quienes argumentan que fue la sintomatología de la enfermedad la que les hizo acudir al médico para ser diagnosticados con esta patología, confirmando que padecen diabetes de tipo 2.

Además de los factores de desarrollo, en los casos de la diabetes tipo 1 y 2 existen algunas diferencias comunes en factores de desarrollo, sin embargo, se han presentado casos en los que el paciente se encuentra fuera de los factores de edad, genética y tratamiento, tal como lo menciona Taylor (2007).

Se ha mencionado que mayormente las personas con DT2, son mayores a 40 años, sin embargo, se han presentado casos en los que hay pacientes que la desarrollan a una edad más temprana tal como lo menciona López (2010) y de acuerdo con la edad en la que desarrollaron la enfermedad algunos de los participantes de esta investigación.

LAS CONSECUENCIAS DE LA DIABETES A LA SALUD

Son muchas las consecuencias que representa padecer diabetes, los efectos que esta representa son evidentes, tanto de índole física y por supuesto el factor emocional que desequilibran en todos los sentidos la estabilidad de los pacientes que la padecen.

Son una serie de cambios los que experimenta una persona desde el momento de su

diagnóstico, modificaciones en sus hábitos alimenticios, apego a tratamientos médicos y la incorporación a sus vidas de formas más saludables para mantener una estabilidad que les proporcionara estabilidad y una promesa de una vida de calidad los siguientes años.

Uno de los grandes riesgos de padecer diabetes, es la insuficiencia en la producción de insulina y las consecuencias que esto trae como resultado, esto de acuerdo con lo que menciona Taylor, (2007) y con los comentarios de los participantes de esta investigación, quienes argumentan su mayor temor es depender del suministro de insulina de por vida.

Las consecuencias de la diabetes para la salud, de acuerdo con los comentarios de los participantes de esta investigación corresponden a una serie de efectos negativos y una visible afectación en la piel, estados de ánimo, malestar físico en general, pérdida de peso, afectación en dientes y la constante preocupación por mantenerse en los límites que sus tratamientos indican.

Como consecuencia de la diabetes, los riesgos y la esperanza de vida de quienes la padecen se reduce considerablemente en comparación con persona sanas esto de acuerdo con lo que mencionan. Carroll, Tiggemann y Wade, (2007).

DIABETES TIPO 2

La diabetes tipo 2 está dentro de las enfermedades denominadas crónico degenerativas, tiene un alcance y potencial de afectar órganos y llevar a la muerte si no se lleva un tratamiento y dietas adecuadas.

Generalmente la diabetes de tipo 2 tiende a desarrollarse principalmente en personas mayores a los 40 años, sin embargo, son muchos los casos en personas que la padecen que desarrollaron la enfermedad a temprana edad tal es el caso de uno de los participantes de esta investigación y de acuerdo con lo mencionado por Taylor (2007).

Los 5 participantes de esta investigación, de acuerdo con sus comentarios en entrevista, son todos diagnosticados con diabetes tipo 2, todos argumentando que sus síntomas inicialmente fueron un malestar general, mucho cansancio, episodios en los que tenían mucha sed, visión borrosa después de un día de trabajo y/o actividades y sobre todo pérdida de peso sin razón lógica aparente, todo esto llevándoles a tener que asistir con sus médicos para después de una serie de estudios confirmar un diagnóstico de DT2.

Los pacientes que padecen DT2, es principalmente debido a que su organismo no hace un uso adecuado de la insulina, y esta es asociada con largos periodos de inactividad física y con un exceso de peso tal como lo mencionan Ybarra, Sánchez, Piña (2011).

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DT2 EN MÉXICO

En México, la diabetes de tipo 2 está considerado como pandemia, esto debido al alto índice de personas que la padecen, mucho tienen que ver los estilos de vida sedentarios y las dietas altas en grasas y carbohidratos, además del factor genético que predetermina a muchos de los pacientes que la padecen.

Se tienen registros que, de cada 100 muertes en México, 14 son por causas de la DT2 y de estas cifras el 70 por ciento son adultos mayores de 60 años de acuerdo con lo mencionado por López (2010) y de acuerdo con cifras oficiales del IMSS (2010).

Son muchos los casos de personas que padecen DT2, tal es el caso y de acuerdo con los comentarios de los participantes de esta investigación quienes refieren que muchos de sus familiares padecen también la enfermedad, y en algunos casos problemas con los escasos medicamentos a causa de la demanda de estos.

El gobierno mexicano ante tal circunstancia ha tomado iniciativas para la prevención y tratamiento de la DT2, como han sido anuncios que promueven una sana alimentación, se han habilitado espacios públicos para promover el ejercicio, campañas donde invitan a la población a que constantemente asista con especialistas a tomarse peso y medida

como prevención y para mantener un estado de salud equilibrado en quienes ya padecen la enfermedad.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DT2

Una vez que una persona ha sido diagnosticada, es necesario tener un estricto control y seguimiento con los tratamientos y hábitos impuestos por especialistas, uno de los puntos de principal prioridad es la prevención de la enfermedad, manteniendo una buena alimentación balanceada y sana, así como hábitos y estilos saludables evitando el sedentarismo.

Como medidas de prevención hay una serie de iniciativas gubernamentales y privadas que hacen promoción de los estilos de vida saludables, dadas las circunstancias y las alarmantes estadísticas de la diabetes tipo 2 que siguen aumentando.

El impacto que esto genera en la sociedad, es un problema alarmante debido a que afecta a las personas que están en edad productiva y llevando a altos costos para los sistemas de salud esto de acuerdo a lo mencionado por Córdova et al., (2008).

De acuerdo con los comentarios de los participantes de esta investigación, los tratamientos médicos muchas veces son escasos debido a la gran demanda, además de mencionar que son varios los cambios que se van presentando en los tratamientos que sus médicos asignan, esto con la finalidad de mantener un control metabólico de la enfermedad, esto de acuerdo y también mencionado por López, (2010).

Finalmente prevenir y mantener un control de la diabetes es una tarea que compete a sistemas de salud, familiares y principalmente a quienes son propensos o padecen la enfermedad.

AUTOCONTROL DE LA DIABETES

La diabetes una vez que ha sido diagnosticada, los pacientes que la padecen, deben tener un riguroso tratamiento y seguimiento de la misma, con el fin de mantener un estado de salud equilibrado y estable para una mayor calidad de vida.

Muchos de los tratamientos se autoajustan a los estilos y hábitos de vida de los pacientes diagnosticados, son sugeridas las modificaciones a las conductas promoviendo constante actividad física, una mejor alimentación con dietas bajas en grasas y carbohidratos, un estricto apego a los tratamientos y el constante monitoreo de los niveles de glucosa en sangre, esto de acuerdo a los comentarios de Roales-Nieto, (2007).

La diabetes al igual que otras enfermedades clasificadas como crónico degenerativas, se debe tratar de forma puntual y permanente, ya que de no apegarse a los tratamientos que son indicados, puede tener repercusiones tan graves que incluso podrían llevar a la muerte, como mencionan los participantes de esta investigación, lo más complicado de adaptarse y auto controlar la diabetes, es precisamente la adherencia a los tratamientos, debido al permanente y constante monitoreo de glucosa, dietas estrictas y actividad física impuesta por sus especialistas.

INTERVENCIONES CON DIABÉTICOS

El saberse diagnosticado con diabetes, tiene una serie de repercusiones que se desencadenan durante el desarrollo de la enfermedad en sí, efectos que impactan en el bienestar físico en general, de igual manera en el aspecto emocional el tener que asimilar la enfermedad y las posibles repercusiones, es un gran conflicto con el que tienen que lidiar quienes la padecen.

Una de las partes más duras de asimilar, es el llegar a depender de un tratamiento de insulina, los participantes que fueron entrevistados para esta investigación refieren que

uno de sus mayores temores es llegar a ser dependientes de los tratamientos de administración de insulina, este miedo también mencionado por O'Neil, (2004).

Una de las dietas más comunes en personas diagnosticadas con DT2, son las dietas bajas en grasas, estas con la finalidad de reducir los niveles de colesterol para reducir incluso evitar patologías cardiacas que son comunes en pacientes con diabetes.

Parte del apoyo que brinda el círculo social de las personas con diabetes, está la presión que se ejerce para la correcta adherencia a los tratamientos y dietas que el paciente debe llevar como forma y estilo de vida.

PSICOPATOLOGÍA Y DIABETES

Son diversos los males que aquejan a las personas, muchos psicológicos otros físicos e incluso algunos malestares físicos que son generados por cuestiones psicológicas, en el caso de la diabetes tipo 2, se manifiesta por causas que pueden tener origen en los hábitos alimenticios y formas de sedentarismo (sobrepeso), o bien por razones de predisposición genética, pero que finalmente afectan de manera física y emocional a los pacientes que la padecen.

Para un correcto apego y entendimiento de los tratamientos de la DT2, es necesaria una intervención que implique al círculo social del paciente, una correcta "presión" que le obligue a una adherencia a los tratamientos que minimice el impacto de la enfermedad, es importante considerar los factores emocionales para generar vínculos faciliten el proceso de acuerdo con lo que menciona Ybarra, Sánchez, Piña (2011).

Un mal que se presenta inmediatamente después del diagnóstico de la enfermedad, es la manifestación de emociones que traen consigo afectaciones que aumentan el malestar general del paciente, tal como mencionan los participantes entrevistados en esta investigación, los efectos inmediatos del diagnóstico fueron las emociones negativas al sentir un profundo miedo, angustia y estrés de saberse con la enfermedad y que esta es

permanente y sin vuelta atrás.

PROBLEMAS EN EL AUTOMANEJO DE LA DIABETES

Los problemas en el automanejo de la diabetes, se da desde el momento en que se confirma el diagnóstico, es una serie de factores emocionales los que complican y generan una resistencia a los tratamientos y a asimilar que de por vida se verán sometidos a dietas rigurosas y estrictas, así como a una modificación permanente y autoajustable de hábitos.

En el caso de los ya diagnosticados y en quienes son propensos a desarrollar diabetes, se puede mejorar enormemente la calidad de vida si se mantiene un correcto control de la enfermedad, apegándose a los tratamientos médicos, dietas y actividad física constante, bajar de peso en caso de tener exceso e incluir un tratamiento psicoterapéutico para mejorar la calidad de vida, esto de acuerdo con lo mencionado en Taylor, (2007).

Una de las cuestiones en común de los participantes de esta investigación son los problemas para sobrellevar las dietas que son recomendadas e inclusive impuestas para el autocontrol de la enfermedad, ya que son eliminadas de sus dietas las grasas, carbohidratos, otro aspecto que también mencionan es el apego a los tratamientos, que, aunque bien son muchas veces complicados, son el proceso más sencillo de seguir, esto también de acuerdo con lo que menciona Ybarra, Sanchez, Piña, (2011).

ADHERENCIA

Uno de los procesos más complicados de padecer diabetes, son los hábitos y estilos de vida, ya que estos se modifican en su totalidad, de forma permanente y muchas veces irreversible, dejar de comer determinados alimentos, hacer ejercicio, tratamientos médicos, chequeos constantes y programados, así como una serie de estudios médicos para mantener la enfermedad controlada.

Dentro de los procesos de sensibilización y concientización en pacientes diagnosticados con DT2, esta una serie de intervenciones en las que se da a conocer las técnicas y procedimientos que deben seguir en lo que a dietas y tratamientos se refiere, parte de estos esta notificar las implicaciones de apegarse a los tratamientos, tal como lo menciona Marteau, Johnston, Baum I Bloch, (1987).

Los tratamientos, deben se deben integrar a la vida del paciente de una manera intensiva, en la que, la adherencia al tratamiento se realice en el menor tiempo posible, promoviendo así el adaptarse y volver habito las prácticas y tratamientos que deben seguirse, tal como lo menciona Taylor (2007).

De acuerdo con los comentarios de los participantes de esta investigación, apegarse a los tratamientos ha sido una de los tantos aspectos difíciles de la enfermedad, según sus argumentos, el dejar de comer alimentos de su gusto y preferencia, moderarse en la ingesta de golosinas y el tener que seguir al pie de la letra los rigurosos tratamientos médicos, así como llevar a cabo ejercicio constante siendo que el agotamiento es otro asunto con que lidiar en la enfermedad.

MANEJO DE LA DT2

La diabetes tipo 2, debe ser tratada siguiendo de forma rigurosa los tratamientos y dietas que son indicadas, de no hacerlo, las consecuencias pueden llevar al paciente a empeorar su estado de salud, afectar por completo su calidad de vida e incluso llevarlo a la muerte de forma prematura, por eso la importancia de un seguimiento adecuado, de programas de adherencia y sensibilización a los tratamientos, así como un plan en el que especialistas y pacientes tengan una meta en común para contrarrestar los efectos de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Es muy frecuente que los pacientes no se tomen en serio las dietas y tratamientos de la DT2, que no se adhieran rigurosamente a los tratamientos y que no sigan indicaciones, no comprenden las implicaciones que esto tiene, sin embargo, existen planes de

sensibilización para hacerles entender y educarles para seguir los procedimientos de forma correcta y evitar males cardiacos, perdida de la vista y/o de miembros del cuerpo, esto de acuerdo con lo mencionado en Taylor (2007).

Dentro de la vida de los pacientes diagnosticados con DT2, no todo es una serie de apegos a tratamientos, en muchas ocasiones suelen autopremiarse por haber hecho bien sus tratamientos o por llevar una vida saludable, tal como mencionan los participantes de esta investigación, algunas veces comen un poco de aquello que tienen prohibido, o bien se dan días de descanso despreocupados de y olvidando un poco de la enfermedad. En conclusión, los pacientes deben estar conscientes de las implicaciones y beneficios del apego a los tratamientos y las indicaciones, con la finalidad de tener un mejor control y tener una mejor calidad de vida que les permita seguir adelante a pesar de padecer la enfermedad.

APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DT2

La diabetes tipo 2, por la complejidad que conlleva, tiene aportaciones de diversas fuentes, las médicas, familiares y la de otras corrientes como la psicología, que se encarga y hace toda una labor por mejorar la calidad de vida del paciente ayudando con la adherencia y sensibilización a los tratamientos, motivándole a seguir adelante y tratando los malestares emocionales que se generan a raíz de ser diagnosticado con la enfermedad.

El psicólogo ayuda al paciente a sobrellevar la enfermedad, contrarrestando las situaciones emocionales que afecten al paciente y que lo pueden llevar a deprimirse, no llevar a cabo sus tratamientos y constantes chequeos, así como auto-sabotajes que le perjudiquen de formas severas, esto de acuerdo con lo mencionado en Arrivillaga, et al. (2007).

Desde la psicología se han diseñado programas para mejorar la adherencia al

tratamiento, modificar estilos de vida y reducir peso y constante actividad física; de acuerdo con los comentado por los participantes de esta investigación, ha sido el apoyo emocional de sus familias lo que ha impulsado que se peguen a los tratamientos para mantener un estado de salud estable y poder disfrutar de experiencias de vida a lado de los que más aman, además de que se han fortalecido vínculos con quienes les apoyan y les motivan, coincidiendo también con lo que menciona Lopez, (2010).

EMOCIONES

Las emociones dentro del campo de la investigación, han sido un gran motivo para conocer detalles de su influencia en el desarrollo de enfermedades, la presente investigación se centra específicamente en la relación existente entre las emociones y el desarrollo de la diabetes de tipo 2, se han encontrado de acuerdo con los comentarios de quienes participaron en este proyecto que las emociones que vivieron después del diagnóstico tuvieron un impacto en ellos que dificulto la forma de hacer frente a la enfermedad.

Las emociones son pequeños episodios temporales que se manifiestan a través de estímulos, generalmente provocados por determinadas situaciones y contextos que provocan en quien las manifiesta una serie de sensaciones físicas y procesos químicos que pueden ser capaces de desestabilizar o poner en un estado de excitación y alerta, esto de acuerdo con lo mencionado en Martínez-Sánchez, Fernández Abascal, Palmero (2002).

Las emociones son interpretaciones de momentos que generan una serie de sensaciones que se manifiestan, estas pueden ser positivas o negativas, pudiendo incluso afectar de manera severa a la salud de quien las experimenta, de acuerdo con lo mencionado por los participantes de esta investigación, las emociones posteriores al diagnóstico de la DT2, fueron el miedo, enojo, ansiedad, angustia y una profunda depresión, ya que generalmente esta y otras enfermedades se relacionan directamente con la muerte, también mencionado en Valencia, C. (2016).

PSICOLOGÍA Y EMOCIONES

El poder de las emociones es un área a la que frecuentemente se resta importancia, sin embargo, es uno de los principales enfoques de estudio de la psicología, el saber los cambios comportamentales asociados a las emociones y conocer la asociación entre emociones y enfermedades.

Es de interés de la psicología el investigar las reacciones comportamentales que son provocados por emociones ante determinado sentimiento, conocer también cuales son los sentimientos que se manifiestan a nivel masa y como se viven a nivel individual, esto de acuerdo con lo mencionado en Fernández, M. (2010).

Las emociones positivas y negativas están fuertemente ligadas con la biología de cada individuo, de acuerdo al temperamento y las formas de adaptabilidad, de acuerdo con los mencionado por los participantes que fueron entrevistados en esta investigación, las emociones que manifestaban antes de ser diagnosticados estaban más relacionadas con su temperamento y personalidad, posterior al diagnóstico manifestaron emociones principalmente negativas y comunes entre ellos como el miedo, ansiedad y depresión, esto también mencionado en Ostrosky, F., & Vélez, A. (2013).

Las emociones que principalmente refieren haber manifestado los participantes de esta investigación son miedo, enojo y depresión posterior al diagnóstico de la DT2, es por eso que esta investigación se enfoca en la relación existente entre las emociones y la enfermedad y como estas se manifiestan en las personas y que repercusiones tienen en la adherencia a los tratamientos y como poder ayudar a mejorar.

TIPOS DE EMOCIONES

Existen diferentes clasificaciones de las emociones, aunque generalmente se conoce que son positivas y negativas, estás de acuerdo a las sensaciones que manifiestan en quien las experimenta, las emociones que principalmente se manifiestan y que son

considerada como emociones básicas son la ira, miedo, tristeza, alegría, sorpresa y asco, de ahí que se dividan en negativas y positivas de acuerdo a la emoción y los sentimientos que provoque, esto de acuerdo con lo que menciona Bisquerra, R. (2009). Las emociones se pueden definir y clasificar de acuerdo a negativas y positivas, esto de acuerdo con lo que provoquen en quien las padece, ya que se ha encontrado que las emociones negativas tienen una influencia negativa en la salud y estados de ánimo, así como las emociones positivas que ayudan a preservar el buen estado de la salud, esto de acuerdo con los comentarios de los participantes de esta investigación, que hacen mención que sus emociones han tenido influencia en sus estados de salud, también mencionado en Martínez-Sánchez, (2002).

EMOCIONES NEGATIVAS

Es muy común que las personas se sienten inmunes ante enfermedades crónicas como la DT2, pero su estilo de vida y las condiciones de la enfermedad, les llevan a presentar emociones como miedo, enojo y tristeza. El enojo es la principal emoción que presentan los entrevistados de esta investigación, seguido de estrés, ira, miedo y preocupación, como consecuencias de eventos familiares, laborales y sociales, una importante coincidencia entre los participantes es que desarrollaron la enfermedad a partir de una pérdida, familiar o de bienes materiales.

La diabetes llegó a ser considerada como una enfermedad psicosomática, la liga entre psicopatología y diabetes continúa siendo una cuestión viva y abierta al debate.

Las emociones negativas que presenta los participantes al momento de recibir el diagnóstico de DMT2 fueron Miedo, Ira, Tristeza, depresión, Coraje, todas estas aunadas a los cambios que tendrían en sus costumbres habituales, tal como refieren Latorre y beneit (1985), los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas como la DT2, manifiestan negación como un mecanismo de defensa por el cual evitan las implicaciones de la enfermedad, también Taylor (1986), menciona que los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas como la DT2, después del diagnóstico de la

enfermedad, el miedo es una respuesta frecuente ya que muchos pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que va a experimentar en su vida y por la posibilidad de la muerte.

EMOCIONES POSITIVAS

Coloquialmente se refiere a las emociones para describir estados subjetivos que poseen una intensa carga afectiva, se dice que los sentimientos de alegría o tristeza, considerando que los estados emocionales como el amor y el odio son los principales ejemplos que las personas más fácilmente identifican.

La emoción positiva que mayormente se presenta en los pacientes entrevistados fue el amor, que refieren sentían por actividades como su trabajo o situaciones que les causan bienestar, como comer sin preocuparse por la cantidad de azúcar que ingerían, la emoción del amor es una respuesta corporal, tal como los pacientes afirman sentirlo con actividades que realizaban.

Las emociones positivas tienen la peculiaridad de manifestarse de formas diferentes al resto de las emociones, ya que dan sentimientos de seguridad y bienestar en quienes las manifiestan, los participantes de esta investigación, refieren que sus familias y amigos son quienes les dan motivos para continuar y las experiencias positivas con ellos, les hacen sentir bien y tranquilos consigo mismos, tal como lo menciona Goleman, (2003).

Las personas con estabilidad emocional generalmente tienen la habilidad del autocontrol y de experimentar las emociones positivas con mayor frecuencia, como los participantes de esta investigación refieren, las emociones positivas que experimentaban previo a ser diagnosticados con DT2, se intensificaron una vez que se fue asimilando la enfermedad y ahora experimentan emociones positivas con mayor intensidad, lo cual es muchas veces un motivante para continuar a pesar de la enfermedad.

REACCIONES EMOCIONALES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Las emociones que puede presentar una persona a lo largo de su vida son infinitas y siempre diferentes en intensidad y origen, existen de acuerdo con los expertos, dos tipos de mociones que son las positivas y las negativas, estas definidas por el causal y las sensaciones de malestar y/o bienestar que provocan en quien las experimenta.

Generalmente al enterarse de algo que no es favorable, las reacciones emocionales suelen manifestarse y de acuerdo con la inteligencia emocional del afectado poder entender o negarse rotundamente, ante la sorpresa es común manifestar miedo, enojo e ira, de acuerdo con lo mencionado por los participantes de esta investigación, ante la confirmación del diagnóstico de la DT2 la reacción del momento fue miedo y enojo, seguido de una gran depresión.

La reacción de los pacientes que han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica, reaccionan con miedo ante la noticia, sin embargo, el problema no radica al total de la enfermedad, si no en su relación con esta y con ellos mismos, con sus hábitos y la relación con su entorno social, esto de acuerdo con lo que menciona Domínguez, Reyes, (2014).

Una de las principales causas de investigación e intervención de la psicología en pacientes diagnosticados, es el proporcionar un tratamiento para disminuir el impacto emocional que genera el conocer un diagnóstico de una enfermedad crónica, ya que en ocasiones se causa de este se provoca una profunda depresión que, de no ser tratada, esta puede llevar al paciente a ideas de muerte y suicidio.

AFRONTAMIENTO ENFOCADO AL PROBLEMA VERSUS AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA EMOCIÓN

Uno de los principales aprendizajes de enfrentar una enfermedad, es el vivir en persona los estragos que se presentan de la misma, el desarrollar el sentido de la resiliencia para

hacer frente a los obstáculos que parecieran manifestarse junto con la enfermedad, pero sobre todo la forma en que se afrontan los problemas.

Es en definitiva que las formas de afrontamiento de cada individuo son completamente distintas en un inicio, pero ampliamente similares una vez que se ha hecho una aceptación del padecimiento, tal como lo mencionan los participantes de esta investigación, una vez que se asimilo la enfermedad, tratamientos y consecuencias de esta, es más sencillo entender que es necesario estar en una constancia para mantener la calidad vida y prolongar los años de una salud estable.

Una vez que los pacientes son diagnosticados con DT2, comienza el proceso de adaptación a los tratamientos médicos y el cambio de hábitos, el proceso de afrontar las emociones da las bases para poder afrontar el problema, una vez que el paciente se estabiliza emocionalmente por medio la sensibilización de los médicos, familiares y el mismo, será más sencillo hacer frente a las consecuencias de la enfermedad, todo radica en el control de emociones.

OBJETIVOS

Objetivo. Conocer cuáles son las emociones positivas y negativas que presenta una persona antes y después de ser diagnosticada con DT2.

Los participantes refieren emociones positivas y se encontró coincidencia en emociones como Felicidad, Optimismo y Amor, estas en referencia a ganas de vivir y superar las consecuencias de la enfermedad, Plutchik (1980), refiere a la felicidad como un proceso biológico adaptativo. Los pacientes entrevistados manifiestan una incidencia en felicidad como consecuencia de una adaptación a la enfermedad y las formas de afrontar su padecimiento.

Las emociones negativas generalmente se identifican a raíz de uno o una serie de sucesos que son de desagrado para quienes las padecen, así como pueden desencadenar comportamientos violentos, agresión física y la idea de muerte y suicidio.

Objetivo. Conocer como enfrentan la enfermedad.

Cada individuo experimenta una emoción en forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Las formas de afrontamiento en los pacientes entrevistados fue la resignación y adaptación al proceso de adhesión al en sus tratamientos para sobrellevar la enfermedad y mantener su calidad de vida, como menciona Penley, Tomaka y Wiehe (2002). Los problemas de salud, en contraste, llevan a las personas a afrontar orientando a las emociones, probablemente porque una amenaza sobre la salud es un evento que debe ser tolerado, pero no necesariamente puede tomarse acción directa. Cuando los problemas de salud son susceptibles de esfuerzos activos, la forma de afrontamiento suele ser benéfica.

Algunos pacientes manifestaron afrontar su padecimiento cuidando más de su salud consumiendo alimentos permitidos y benéficos para conservar su salud y algunos

manifestando que a través de actividades mantenían la enfermedad fuera de su concentración.

Objetivo. Conocer el manejo de emociones ante la enfermedad.

Los pacientes entrevistados refieren sobrellevar su enfermedad enfocándose en actividades físicas como el ejercicio físico, dietas saludables y con restricción de determinados tipos de alimentos, realizando actividades que distraen su atención. Edman, (1992) menciona que las emociones básicas son seis: miedo, ira, tristeza, asco, sorpresa y alegría. Cada una de ellas poseen unas especificidades que las diferencian entre sí, tales como patrones conductuales, fisiológicos y expresivos propios. Los pacientes entrevistados refieren llevar un manejo de emociones concentrándose en seguir adelante tratando de llevar una vida lo más normal posible, en convivencia principalmente con sus familias y cuidando de sí mismos, aunque a su vez manifiestan que emocionalmente les afecta el tener que modificar sus hábitos alimenticios lo cual los orilla a tener conflictos con la adherencia al tratamiento ya que no respetan a veces sus dietas como les son indicadas, como mencionan Wysocki, Green y Huxtable (1989) uno de los problemas de la adherencia es que, con frecuencia los pacientes diabéticos no logran auto monitorear adecuadamente sus niveles de glucosa en sangre. En lugar de esto, como ocurre con pacientes hipertensos, confían en como “sienten” que están en sus niveles de glucosa y estos juicios dependen mucho de su estado de ánimo (Gonder-Frederick, Cox, Bobbitt, y Pennebaker, 1986); y con esto como los pacientes entrevistados mencionan al sentirse bien a veces se dan sus “gustitos” o “permisos” aun cuando saben que esto afecta su salud.

CONCLUSIONES

A través de la información recabada en este estudio, ha sido posible concluir que emociones previas y posteriores experimenta una persona que ha sido diagnosticada con DT2. Estableciendo la relación que existe en las emociones y como estas afectan las formas de afrontamiento de la enfermedad, así como el apego a los tratamientos y la salud en sí.

Según los resultados encontrados, las emociones positivas que se presentan previo al diagnóstico de DT2, son emociones de seguridad de sentirse físicamente saludables, con seguridad de un futuro, amor, felicidad, tranquilidad, alegría, todos estos de acuerdo a sus vivencias en sus actividades del trabajo y en la relación con su entorno social, sin embargo, a través de este estudio se encuentra que las emociones positivas fueron frecuentemente mitigadas por emociones negativas.

Las emociones positivas identificadas en los participantes de esta investigación previo a su diagnóstico, resultan ser emociones básicas como el amor, felicidad y alegría, adicional, argumentan sentían constantemente emociones negativas como miedo, estrés, constante enojo.

De acuerdo con los resultados de la investigación se encontró que las emociones negativas que principalmente se manifiestan previo al diagnóstico de la enfermedad en lo participantes, fueron el constante enojo, estrés, ansiedad y tristeza, adicional a que los síntomas de la enfermedad aparecen con severidad una vez que se presentaron pérdida familiares o materiales, lo cual hace considerar la ausencia de algo como factor detonante de la enfermedad y como un punto de intervención psicológica inmediato al diagnóstico mismo.

Se encontró que las emociones que se presentaron inmediatamente ante la confirmación del diagnóstico de la DT2, fueron emociones negativas como miedo, seguido de enojo y

un estado de negación, posterior a esto depresión y un profundo estrés derivado de las modificaciones en los hábitos alimenticios y la idea constante de muerte.

Las emociones que de acuerdo a lo encontrado en esta investigación se presentaron en personas que han sido diagnosticadas con Diabetes Tipo 2, son previo al diagnóstico, amor, alegría, felicidad, tranquilidad, enojo, ira, estrés, posterior al diagnóstico las emociones identificadas, son depresión, enojo, miedo, angustia y una vez que se asimilo el diagnóstico, amor, felicidad, esperanza, alegría, aunque con más intensidad ante la idea de mantener una estabilidad emocional.

La importancia de poder controlar y dar una atención especializada a las emociones en una persona diagnosticada con DT2, se encontró que es de importancia fundamental al igual que los tratamientos médicos y los cambios de hábitos, se debe tener a la par con el especialista en psicología, un tratamiento donde se trabajen a detalle las emociones negativas que afectan y que pueden tener un impacto directo en la salud, así como reforzar y promover el buen manejo de las emociones positivas para dar mayor fuerza a la estabilidad e inteligencia emocional y afrontar de una mejor forma la enfermedad.

Los estilos de afrontamiento difieren de acuerdo a la personalidad de cada individuo, de acuerdo con lo que se encontró en esta investigación, los estilos de afrontamiento fueron diversos en un inicio y la confirmación del diagnóstico, de acuerdo con sus reacciones emocionales y los vínculos afectivos con sus grupos de apoyo.

Cada uno de los participantes, de acuerdo con las características de su personalidad e inteligencia emocional reacciono ante el diagnóstico de la enfermedad, la primera idea es la de la muerte, esto porque culturalmente la enfermedad se asocia directamente con muerte, dependencia de otros, costosos y prolongados tratamientos médicos, un paulatino desgaste que les llevara poco a poco a la muerte.

Se encontró que, a partir del diagnóstico, las emociones negativas fueron las principales que se manifestaron, hasta un punto en que a través de la sensibilización se llegó a la

resignación, esto desarrollo en los pacientes un amplio sentido de la resiliencia, fortaleciendo su estabilidad e inteligencia emocional, con altibajos dadas las complicaciones de la enfermedad, las emociones positivas tienen mayor fuerza y las formas de afrontar situaciones complicadas se volvió más sencillo y con menos afectaciones que comprometan la integridad emocional y somática.

Se han realizado diferentes estudios donde ya se ha hablado de las emociones y la influencia que se tiene en las enfermedades, en el presente estudio se aborda una perspectiva diferente en torno a identificar las emociones que tiene influencia en la enfermedad previo al diagnóstico y una vez que la enfermedad de ha desarrollado, a su vez poniendo en perspectiva la aplicación de un tratamiento psicológico enfocado en el control de emociones como parte del tratamiento y para mejorar la adherencia al mismo. El manejo de emociones ante la enfermedad es variado debido a los rasgos temperamentales de cada individuo, se puede concluir que las emociones inmediatas después de conocer el diagnóstico son el miedo y la inconformidad ante la serie de cambios que esto implicara en su vida cotidiana, las formas de manejar la enfermedad principalmente fueron distraerse con actividades que causan bienestar como hobbies o actividades con sus familiares y amigos, buscando un motivo que les alentara a seguir adelante e impulsándoles a modificar sus hábitos y acostumbrarse a los cambios.

Fue posible conocer que las principales emociones que ayudaron al manejo de la enfermedad, fueron las emociones positivas que se buscaron a través de realizar actividades con sus familiares o por gusto e interés propio de distraerse de la enfermedad y el malestar, pareciendo ser incluso que, lo que en realidad buscan son motivadores que les alienten a tener una razón para mejorar, apegarse al tratamiento y mantener un estado de salud controlado y con notables mejoras.

Dentro de las principales afectaciones emocionales, según los comentarios de los participantes, está la depresión debido a la necesidad de modificar hábitos alimenticios y dejar de comer determinados tipos alimentos que les causaban placer y que incluso eran sus favoritos, el tener que conformarse con apenas probarlos en algunas ocasiones,

así como implementar actividad física, la forma de sobrellevar esta situación, fue el premiarse en algunas ocasiones pudiendo comer lo que más les gusta en ocasiones donde sus niveles de glucosa se encuentran estables, mientras más se cuiden y sean responsables con sus tratamientos y las indicaciones de sus médicos, más oportunidad tiene de auto premiarse, esta se resume en una práctica de incentivos que les permite adherirse mejor a sus tratamientos.

Después del diagnóstico de la enfermedad, las emociones provocadas son negativas, lo cual dificulta de forma importante la adherencia al tratamiento, según lo encontrado en esta investigación, estas emociones exacerban la sensación de malestar dejando a los pacientes en un estado vulnerable, depresivo, con miedo y con ideas recurrentes de muerte, una intervención psicológica en este difícil momento ayudará a mejorar la calidad de vida, reforzar o desarrollar la resiliencia, pero sobre todo a adherirse al tratamiento y enfrentar de manera positiva todo lo que acompaña padecer Diabetes tipo 2.

RECOMENDACIONES

Durante el desarrollo de esta tesis, se analizaron las emociones previas y posteriores en la enfermedad DT2, el cual contribuye a acentuar ciertos aspectos ya investigados y por otro lado a generar nuevas preguntas, así como nuevas vías de actuación, investigación e intervención.

De dichos resultados obtenidos, es posible establecer las siguientes recomendaciones:

- Realizar un estudio correlacional donde se pueda determinar de manera más detallada la relación entre la DT2 y las emociones que se generan.
- Incluir en el tratamiento del paciente la terapia psicológica enfocada en el tratamiento de las emociones.
- Crear dentro de los hospitales grupos de apoyo para los pacientes que han sido diagnosticados con DT2, con la participación de especialistas como psicólogos, médicos, y enfermeros especializados, para que con este apoyo interdisciplinario les sea más fácil afrontar la enfermedad, así como externar sus dudas en cuanto a la parte médica. Un espacio donde puedan ser escuchados y puedan expresar libremente su sentir, al igual que cuenten con un ámbito en el que puedan identificarse con otros pacientes que están pasando por el mismo proceso, logrando una asimilación más rápida, contribuyendo a su sanación.
- Educar a los pacientes con DT2 sobre su condición y estrategias para manejar sus cambios de estado de ánimo.
- Implementar un plan de trabajo en conjunto con familiares para sensibilizar al paciente de las implicaciones negativas de no adherirse correctamente a los tratamientos.

- Diseñar un plan en conjunto con familiares, amigos e incluso un grupo de voluntarios para reforzar positivamente la adherencia al tratamiento y poner objetivos a corto, mediano y largo plazo para el paciente.
- Elaborar un programa de intervención, para el manejo de emociones.
- Desarrollar un plan de trabajo con los pacientes para lograr por medio de la motivación la correcta adherencia a los tratamientos y los cambios de hábitos y estilos de vida.
- Implementar un plan de desarrollo y fortalecimiento de las habilidades de resiliencia ante las consecuencias de la enfermedad.
- Desarrollar un estudio experimental donde se aplique un programa de manejo de emociones, donde se determine si a través de este se mejora la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4a ed. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

Avia, M.D y Vázquez, C. (1998). Optimismo inteligente. Madrid: Alianza Editorial.

Alper, J. (2000). New insights into type diabetes. Science 289, 37-39.

American Diabetes Association. (2002a). National Diabetes sheet. Retrieved from:<http://www.diabetes.org/diabetes-stadiscitics/natioanl-diabetes-fact-sheet.jsp>.

American Diabetes Assosiation. (1999). Diabetes Facts and Figures. Alexandria, VA. Retrieved from<http://www.diabetes.org/ada/facts.asp>

Arrivillaga, Q. M., Correa, S.D., Salazar, T. I. (2007). Psicología de la Salud, abordaje integral de la enfermedad. Colombia: Manual Moderno.

Balcazar, N.P., Gurrola P.G., y Moysén C.A. (2012). Diabetes y psicología de la salud. México: Porrúa.

Beneit, P. y J. Latorre (1994), Psicología de la salud, Argentina, Lumen.

Buendia, J. (1999). Familia y Psicología de la Salud. Madrid: Piramide.

Cano-Vindel, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. Crítica.

Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. Ansiedad y Estrés.

- Carrol, P., Tiggerman, M., & Wade, T. (1999). The role of body dissatisfaction and being in the self-esteem of women with type II diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 22, 59-74.
- Bisquerra, R. (2009). Estructura de las emociones. *Psicopedagogía de las emociones* (pp. 89-94).
- Cohen, F. y Lazarus, R. (1979): Coping with Stress of Illness. En: G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (eds.): *Health Psychology*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Compas, B.E., Barnez, G.A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*.
- Centers of Disease Control and Prevention. (2006a). Prevalence of diagnosed diabetes by age. United States, 1980-2002. *Diabetes Health Resource*. Data.
- Davis, W.K., G. E. Hess, R. G. y Hiss (1988). Psychological correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care*, 11, pp. 538-545.
- Domínguez, M., & Viamonte, Y. (2014). Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. *Gaceta Médica Española*.
- Domínguez-Reyes, M. Y. (2014). Reacciones psicológicas ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. *Infancia*.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research, *Academy of Management Review*, 14 (4): 532-550.

Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion. En H. Wagner y A. Manstead (Eds.), Handbook of psychophysiology: Emotion and social behavior (pp. 143-164). Nueva York: Wiley.

Ekman, P. (1992). Facial expression and emotion. American Psychologist, 48, 384-392.

Ferh, B., y Russell, J. A. (1984) Concept of motion viewed from prototype perspective. Journal of Experimental Psychology: General, 113, 464-487.

FEINGLOS, M. N., & Surwit, R. S. (1988). Behavior and Diabetes mellitus. Kalamazoo, MI: Upjohn.

Fernández-Abascal, E.G., Jiménez Sánchez, M.P y Martín Díaz, M.D. (2003). Emoción y Motivación: la adaptación humana. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Fernández, M. (2010). Cultura afectiva y emotividad: las emociones en la vida social. Cuerpos, Emociones Sociedad, Córdoba.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a Middle-aged community sample. Journal Of Health and Social Behavior.

Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and build theory of positive emotions. American Psychologist, 56, 218-226.

Galimberti, U. (2006). Diccionario de psicología. México: Publimex.

Garrity, T.F. y col. (1976) Report to the Task Group On Cardiac Rehabilitation. En: S.M. Weiss (Ed.) :proceedings of the National Heart And Lung Institute Working conference of Health Behavior, Washington , U.S. Government Printing Office.

Green, W.A.; Moss, A.J. y Goldstein, S. (1974): Delay, Denial and Death in Coronary Heart Disease. En: R.S. Elliot (Ed.): Stress and the Heart, Nueva York, Futura.

GOODALL, T. A., & Halford, W. K. (1991). Self-Management of diabetes mellitus: A critical review. *Psicología de la Salud*.

Goleman, D. (2003). Emociones destructivas. Editorial Vergara, Buenos Aires (Kairos).

Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.

King, H. Aubert, R.E., Hernan, W.H. (1998). Global Burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care* 21, 1414-1231.

KIRKLEY, B. G., & Fisher, E. B., Jr. (1998). Relapse as model of non adherence to dietary treatment of diabetes. *Health Psychology*.

Latorre, J., Beneit, J. (1994). *Psicología de la Salud*. (2da ed.) Argentina: Lumen.

Lazarus R.S. (1983) The Costs and Benefits of Denial. En S. Bresnite (Ed.) *Denial of Stress*, Nueva York, International universities Press.

Lazarus RS y Folkman S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

López, R.F. (2010) *Prospectiva de la Psicología de la Salud en México*. México Consorcio de Universidades Mexicanas.

López Ibor, M. (2007). *Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad*. *And Med Interna* (Madrid).

Lowe, K. y J. R. Lutsker (1979). Increasing compliance to a medical regimen with juvenile diabetic. *Behavior Therapy*, 10, pp. 57-64.

MARTEAU, T.M., Johnston, M., Baum, J. D., & Bloch, S. (1987). Goals of treatment in diabetes: A comparison of doctors and parents of childrens with diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 33-48.

Martínez-Sánchez, F., y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y salud. Desarrollo en psicología básica y aplicada. *Anales de la psicología*, 10(2), 101-109.

Martínez-Sánchez, F.; Páez, D.; Pennebaker, J., y Rimé, B. (2002). Emoción y Salud. En F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez-Sánchez y M. Chóliz (eds.), *Psicología de la Motivación y La emoción*. Madrid: McGraw-Hill.

Menninger, W. C. (1935). Psychological factors in the etiology of diabetes. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 81. 1-3.

Mooradian, A.D., Perryman, K., Fittlen, J; Kavonian, G.D., & Morley, J.E. (1988). Cortical function in elderly non-insulin dependent diabetic patients. *Archives of Internal Medicine* 148, 2369-2372.

Niatura, R., Bancks, S.M., Ward, K.D., Stoney, C.M., Spiro, A., Aldwin, C.M., et al (2000). Insotility and the metabolic syndrome in older males: The normative aging study. *Psychosomatic medicine*, 62, 7-16.

Oblitas, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cosegraf.

O'neil, J. (2004). Statins and diabetes: New advice. *The New York Times*.

Organización Mundial de la Salud (2006). Nota descriptiva No. 312. Ginebra: Autor.

- Ostrosky, F., & Vélez, A. (2013). Neuropsicología de las Emociones. Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.
- Palmero, F., y Martínez, S. F. (2008). Motivación y emoción. México: Mc Graw Hill.
- Penley, J.A., Tomaka, J., & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. Journal of Behavioral Medicine.
- Patton M. (2002). Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage.
- PEYROT, M., McMurry, J.F., Jr & Kruger, D.F. (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence. Journal of Health and Social Behavior.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicológica.
- Plutchik, R. (1991). The Emotions. Nueva York: University Press Of America.
- Roales N. (1990). La diabetes. Barcelona: Pirámide
- Roales, N. J. (2004). Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
- Roglic, G., Unwin, N., Bennett, P.H., Mathers, C., Tuomilehto, J., Nag, S. et al. (2005). The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. Diabetes Care.

- Shelton, J. L. y R. L. Levy (1981). Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies. Champaign, Il.: Research Press.
- Silver, R.L. y Wortman, C.B. (1980): Coping With Chronic Disease; Research and Applications, Nueva York, Academic Press.
- Slawson, P. F. y cols. (1963). Psychological factors associated with the onset of diabetes mellitus. Journal of Medical Association, 185, 166-170.
- Spector, I.P., Leiblum, S.R., Carey, M.P. & Rosen, R.C. (1993). Diabetes and Female Sexual Function: A Critical Review. Annals of Behavioral Medicine, 15, 257,264.
- Stein, S y Charles, E. (1971). Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: A study of early life experiences of adolescent diabetics. American Journal of Psychiatry, 128, 700-704.
- Stovring, H., Anderson, M., Beck-Nielsen, H., Green, A., Vach, W. (2003). Rising prevalence of diabetes: Evidence from a danish pharmaco-epidemiological database. Lancet, 262, 537-538.
- Stunkard, A. J. (1979). Adherence to treatment for diabetes en B. A. Hamburg, L. F. Lipsett, G. E. Inoff y A. L. Drash (eds). Behavioral and Psychosocial Issues in Diabetes. Washington, D. C.: U. S. Department of Health and Human Services.
- SULS, J., & Fletcher, B. (1985). The Relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. Health Technology.
- Talbot, F., Nouwen, A, Gingras, J., Belager, A, & Audet, J. (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression among adults with diabetes. Health Psychology, 18, 537-542.

- Taylor, E. (2007). *Psicología de la Salud*. (sexta edición). University of California: McGraw Hill.
- Thomsen, D.K., Mehlsen, M.Y., Hokland, M., Viidik, A., Olsen, F., Avlund, K., et al. (2004). Negative thoughts and health: Associations among rumination, immunity, and health care utilization in a young and elderly sample. *Psychosomatic Medicine*.
- Treuting, T. F. (1962). The role of emotional factors in the aetiology and course of diabetes mellitus: A review of the recent literature. *American Journal of Medical Science*, 244, 131-147.
- Valencia, C. (2016). Que son las emociones | Las Emociones. Retrieved from <http://www.las-emociones.com/que-son-las-emociones.html>
- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*, 425-446.
- Vecina Jiménez, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles Del Psicólogo*.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J., Katon, W., DeWolfe, D., & Hall, G. (1990). Coping Profiles associated with psychiatric, Physical health, work and family problems. *Health Psychology*.
- Weissman, M. M y J. K. Meyers (1978). Affective Disorders in US urban community: The use of Research Diagnostic Criteria in epidemiological survey. *Archives of General Psychiatry*, 10, pp. 1304-1311.
- Wenger, M.A., Jones, F.N. y Jones, M.H. (1962). Emotional behavior. In D.K. Candler (Ed.): *Emotion: Bodily change*. Princeton, N.J.: van Nostrand.

Wing, R.R., Epstein, L. H., Nowalk, M. P., Scott, N., Noeske, R., & Hagg, S. (1986). Does self-monitoring of blood glucose levels improve dietary competence for obese patients with Type II diabetes? *American Journal of Medicine*.

Weber-Hamann, B.; Hentschel, F., Kniest, A., Deuschle, M.; Colla, M., Ledetbogen, F., et al (2002). Hypercortisolemic depression is associated with increased intra-abdominal fat. *Psychosomatic medicine*, 64, 274-277.

Wild, S., Roblic, G. Green, A., Sicree, R., King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes; Estimates for the year 2000 and Projections for 2030. *Diabetes care*, 27, 1047-1053.

Wild, S., Roblic, G. Green, A., Sicree, R., King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes; Estimates for the year 2000 and Projections for 2030. *Diabetes care*, 27, 1047-1053.

Wong, M., & Kaloupek, D. G. (1986). Coping with dental treatment: The potential impact of situational demands. *Journal of behavioral Medicine*.

Ybarra, S.J., Sánchez, S.J., Piña, L.J. (2011). *Trastornos y Enfermedades Crónicas. Una aproximación psicológica*. México: Manual Moderno.

ANEXOS

ANEXO 1

GUIA TEMATICA PARA ENTREVISTA

SIGNIFICADOS

- Percepción de la diabetes
- Percepción de emociones
- Significado de emociones negativas
- Significado de emociones positivas
- Significado de Adherencia
- Significado de estado saludable

EMOCIONES PREVIO AL DIAGNOSTICO DE LA DIABETES

- Reconocimiento de emociones negativas
- Reconocimiento de emociones positivas
- Estados de ánimo más comunes
- Relaciones familiares y sociales
- Hábitos alimenticios más comunes
- Emociones positivas más comunes
- Personalidad
- Formas de solución de conflictos

FORMAS DE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

- Lo más complicado de saberse diabético
- Primeras prohibiciones
- Primeras impresiones al respecto de la enfermedad
- Como sobrellevan la enfermedad

- Principales motivaciones
- Principales Distracciones
- Apego a los tratamientos

TRATAMIENTOS MÉDICOS

- Tratamientos actuales
- Administración de insulina
- Dietas
- Actividad física
- Adherencia al tratamiento
- Principales dificultades del tratamiento médico

EMOCIONES NEGATIVAS POSTERIORES AL DIAGNOSTICO

- Que emociones negativas se identifican después del diagnóstico
- Sentimientos
- Primeros pensamientos en el momento del diagnóstico
- Emociones en el momento del diagnóstico

EMOCIONES POSITIVAS POSTERIORES AL DIAGNOSTICO

- Que emociones positivas se identifican después del diagnóstico
- Quien ayudo a sentirse bien
- Que motivaciones hay después del diagnóstico
- Que emociones se fortalecieron con la enfermedad

PROCESOS DE ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD

- Quien ayudo en la comprensión de la enfermedad
- Aún hay dudas al respecto de la enfermedad

- Que causa mayor conflicto
- Se siente controlado, saludable, estable
- Que causa mayor temor / felicidad

PLANES A FUTURO

- Como se ve en 10 años
- Metas a corto plazo
- Metas a mediano plazo
- Que motivaciones hay a futuro