



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Azzollini, Susana; Bail Pupko, Vera; Vidal, Victoria; Benvenuto, Analía; Ferrer, Ludmila
DIABETES TIPO 2: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LAS
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS PARA LA ADHESIÓN AL
TRATAMIENTO

Anuario de Investigaciones, vol. XXII, 2015, pp. 287-291
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944029>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DIABETES TIPO 2: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS PARA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

DEPRESSION AND ANXIETY IN PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2 AND ITS RELATIONSHIP WITH THE COPING STRATEGIES USED FOR THE ADHERENCE TO TREATMENTS

Azzollini, Susana¹; Bail Pupko, Vera²; Vidal, Victoria³; Benvenuto, Analía⁴; Ferrer, Ludmila⁵

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo correlacional de tipo transversal con el objetivo de identificar la relación entre la depresión y la ansiedad con las estrategias de afrontamiento y la adhesión al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a consultorios externos de hospitales públicos del GCBA. Metodología: Se administró a una muestra probabilística al azar sistemático de 123 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurrían a consultorios externos de hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, los siguientes instrumentos estandarizados: Cuestionario de datos personales, Escala de adhesión al tratamiento ambas realizadas *ad hoc* y validadas en una investigación anterior (Azzollini y Bail Pupko, 2010), el Inventario de depresión de Beck, Steer y Brown (2006), el Inventario de ansiedad de Beck *et al.* (1988) y el Inventario de valoración y afrontamiento de Cano Vindel y Miguel Tobal (1992), validado por Leibovich de Figueroa (2002). Los datos fueron sometidos a análisis descriptivos e inferenciales con el software Spss 22.0, versión castellana. Se aceptó un error α menor al 5% ($p < 0.05$). Resultados: Existe una correlación positiva y significativa entre ansiedad y depresión e inversa y significativa con la adhesión al tratamiento. En cambio, las estrategias de afrontamiento activas se relacionan con una mayor adhesión al tratamiento.

Palabras clave:

Diabetes - Afrontamiento - Depresión - Ansiedad

ABSTRACT

A descriptive correlational cross sectional study was done to identify the relationship among depression and anxiety with coping strategies and the adherence to treatments, in people suffering from diabetes type 2 who are attended in public hospitals of Buenos Aires city. Methodology: It were administrated to a probability randomness systematic sample composed by 123 patients suffering from diabetes type 2 that usually go to the Buenos Aires's Public Hospitals the following tests: a personal questionnaire and a Self Care Scale, both made *ad hoc* and validated in a previous research (Azzollini & Bail Pupko, 2010), the Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 2006), the Beck Anxiety Inventory (Becky *et al.*, 1988), and the Ways of Coping Inventory (Cano Vindel & Miguel Tobal, 1992) validated by Leibovich de Figueroa (2002). The results were statistically analyzed by descriptive and inferential studies with the software SPSS 22.0, Spanish version. The α error accepted was less than the 5% ($p < 0.05$). Results: There is a positive and significant correlation between anxiety and depression and an inverse and significant relation with the adherence to treatments'. On the contrary, the active coping strategies are related with a higher adhesion to treatments'.

Key words:

Diabetes - Coping - Depression - Anxiety

¹Dra. en Psicología. Investigadora Adjunta CONICET. Prof. Adjunta de Psicología Social, Fac. de Psicología, UBA. Directora de Proyecto UBACyT 2012-2015. E-mail: susana1060@yahoo.com.ar

²Dra. en Psicología Social. Prof. Adjunta a cargo de la Práctica Profesional Familia y Enfermedad Crónica, Investigadora Proyecto UBACyT 2012-2015, Fac. de Psicología UBA.

³Mg. en Psicología Social Comunitaria, UBA. Docente en Psicología Social, Fac. de Psicología UBA. Investigadora Proyecto UBACyT.

⁴Lic. en Psicología. Maestranda en Psicología Social Comunitaria. Investigadora Proyecto UBACyT.

⁵Estudiante de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Fac. Ciencias Sociales, UBA.

Introducción

La diabetes tipo 2 es en la actualidad, una de las enfermedades que más preocupan a nivel de salud pública mundial debido a su frecuencia, a las repercusiones personales, económicas y sanitarias generadas por su tratamiento y a las complicaciones degenerativas asociadas (ceguera, nefropatías, cardiopatías, etc.). Es una enfermedad endócrina y metabólica crónica que se caracteriza por una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina, que consiste en aumentar la captación de la glucosa en los músculos y el tejido adiposo (OPS, 2003). Los factores demográficos asociados a la misma ponen de manifiesto la estrecha relación entre la enfermedad y el estilo de vida (Fernández & Pérez Álvarez, 1996), de ahí que sean tan importantes los cambios conductuales de los pacientes respecto a la adquisición de hábitos saludables. El cuidado de la enfermedad consiste en: seguir un régimen alimenticio, hacer ejercicios y, cuando es necesario: administrarse diariamente insulina y/o antidiabéticos orales, análisis periódicos de glucosa en orina o sangre y ciertos cuidados generales de salud. Esto quiere decir que el éxito del tratamiento y la prevención de complicaciones dependen de la adhesión que el paciente tenga al mismo. La no adhesión, además de suponer que los pacientes no mejoran, trae aparejado un alto costo económico, porque incluye medicamentos que se utilizan pero no se consumen, el agravamiento de dolencias por la falta de tratamiento y las hospitalizaciones evitables. Además, una de las consecuencias de la no adhesión a los tratamientos es la dificultad para evaluar la eficacia de los mismos (Labrador & Castro, 1987).

Las enfermedades de larga duración que requieren de un cuidado constante, pueden ir acompañadas por depresión y ansiedad asociadas entre sí (Serrano Becerril, Zamora Hernández, Navarro Rojas, Villarreal Ríos, 2012), por lo que resulta necesario que los trabajadores del área de la salud incorporen programas que den respuesta a las demandas emocionales detectadas (Molina Iriarte, Acevedo Giles, Yáñez Sandoval, Dávila Mendoza, González Pedraza Avilés, 2013).

La ansiedad se define en el DSM IV (1999) como una *"anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo"*. Es decir, que si bien la ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, ya que constituye una respuesta a diferentes estresores cotidianos, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y al conductual (Guía de Práctica Clínica, 2011). Los síntomas físicos de la ansiedad, pueden ser vegetativos (sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad); neuromusculares (temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias), cardiovasculares (palpitaciones, taquicardias, dolor precordial), respiratorios (disnea), digestivos (náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, ae-

rofagia, meteorismo) y genitourinarios (micción frecuente, problemas de la esfera sexual). Por otra parte, los síntomas psicológicos y conductuales consisten en: preocupación, aprensión, sensación de agobio, miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, irritabilidad, inquietud, desasosiego, conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor, obsesiones o compulsiones.

Muchas veces, la depresión se presenta asociada con la ansiedad. La Organización Mundial de la Salud (2008) la define como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está, por lo general, disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia que, en algunos casos, puede presentarse a intervalos regulares. Según la OMS (1992), los rasgos de la depresión son: la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, tener una perspectiva sombría del futuro, la presencia de pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, tener trastornos del sueño y pérdida del apetito. Según Bas y Andrés (1996), *"las distorsiones cognitivas son interpretaciones y predicciones que normalmente no se pueden justificar con la información disponible y que aparecen como respuestas ante experiencias vitales negativas, ambiguas o incluso manifiestamente positivas. Las alteraciones de la lógica inferencial son más acusadas cuanto mayor sea la gravedad del sujeto depresivo"* (p. 228). Los pensamientos automáticos, no son un rasgo de la persona sino un "estado" (Beck, 1983). Están compuestos por cuatro factores principales: mal ajuste personal y deseos de cambio, expectativas y autoconcepto negativo, baja autoestima, y desánimo e infelicidad. Las actitudes disfuncionales comprenden temas tales como atribuciones, expectativas de control, la probabilidad de que se den ciertos resultados deseados, normas de actuación perfeccionistas, ideas rígidas acerca de las cosas que podrían ocurrir e interés en los juicios de los demás (Weissman & Beck, 1978).

Muchas veces estos síntomas son el resultado de un afrontamiento no exitoso a situaciones críticas. Efectivamente, cuando las situaciones por las que atraviesa un individuo son evaluadas como excediendo la capacidad de hacerles frente, se ponen en marcha distintas estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) las definen como un proceso que involucra aspectos cognitivos y comportamentales que el individuo desarrolla frente a demandas específicas internas y/o externas. La persona evalúa la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente) y procede a desarrollar estrategias para la resolución de los problemas. Dichas estrategias de afrontamiento pueden ser: cognitiva dirigida a la situación, cognitiva dirigida a la emoción, conductual motora dirigida a la situación, conductual motora dirigida a la emoción, simple pasividad o, evitación (Cano Vindel & Miguel-Tobal, 2001). Por su parte, Navarro Góngora (2004) define el afrontamiento como *"el cambio*

cognitivo o conductual constante para manejar demandas internas o externas específicas que se juzgan muy exigentes o que exceden los recursos de la persona" (p. 172). El patrón de afrontamiento frente a una crisis o a la adaptación a un contexto nuevo, está conformado por estrategias utilizadas en el pasado y/o estrategias nuevas que se generan frente al estresor. El afrontamiento, según este autor, depende tanto de variables internas del sujeto como de recursos externos (tiempo, dinero, un trabajo decente, hijos, amigo, educación, nivel de vida, experiencias positivas y la ausencia de otros estresores vitales) "*no obstante una vez que el estresor alcanza cierta dimensión, los recursos de cualquier tipo quedan desbordados*" (p.172). Las estrategias de afrontamiento (Lazarus, 1984) apuntan a cinco objetivos: modificar las condiciones ambientales, tolerar o ajustarse a lo negativo, mantener una autoimagen lo más positiva posible, mantener el equilibrio emocional, y mantener las relaciones sociales.

Núñez Villalva (2012) encontró en su investigación que los pacientes con diabetes tipo 2 que usan estrategias emocionales, evidencian altos niveles de ansiedad.

También se detectó que las personas de nivel sociocultural medio-alto con diagnóstico de diabetes tipo 2 tienen mayores recursos para valorar la situación como desafío y utilizar un afrontamiento activo, mientras que los de un nivel bajo tienden a valorar la situación como irrelevante y a utilizar afrontamientos pasivos o evitativos (Bail Pupko & Azzollini, 2012). Por último, cuanto más se convive con la enfermedad menor es la externalidad del locus de control (Azzollini, Bail Pupko & Benvenuto, 2009), lo cual muestra una adaptación y responsabilización sobre las pautas de autocuidado a lo largo del tiempo, incidiendo sobre los cuidados de la salud las atribuciones que se realizan.

Objetivo:

Identificar la adhesión al tratamiento y su relación con la depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a consultorios externos de hospitales públicos del GCBA, según los mecanismos de afrontamiento y el nivel sociocultural.

Metodología:

Tipo de estudio: descriptivo de tipo transversal con un abordaje cuantitativo.

Sujetos y muestra: se seleccionaron a través de un muestreo probabilístico al azar sistemático a 123 de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurrían a consultorios de Diabetología y Nutrición de hospitales públicos seleccionados

Técnicas e instrumentos:

- Cuestionario de datos personales elaborado *ad hoc* para indagar las variables de caracterización: edad, sexo, escolaridad, nivel sociocultural y años transcurridos desde el diagnóstico,
- Escala de adhesión al tratamiento elaborada *ad hoc* y validada en un estudio previo (Azzollini y Bail Pupko, 2010). Esta escala consta de 38 preguntas sobre la frecuencia con que realiza distintas prácticas de autocuidado en relación con la dieta, la medicación y auto-

exámenes, el ejercicio físico y los cuidados de los pies.

- Inventario de depresión de Beck, Steer y Brown (2006), consta de 21 grupos de afirmaciones que se refieren a síntomas depresivos. Los participantes deben elegir una afirmación de cada grupo, que se puntúa de 0 a 3, correspondiendo el mayor puntaje a la afirmación que refleje sintomatología depresiva más severa. Según los autores, el BDI-II es una modificación del BDI que se adapta mejor a los criterios del DSM-IV. La consistencia interna de la adaptación argentina del BDI-II es de $\alpha = .88$ para pacientes externos y de $\alpha = .86$ para población general.
- Inventario de ansiedad de Beck *et al.* (1988), compuesto por 21 ítems, describe diversos síntomas. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad y los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto" 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.
- Inventario de valoración y afrontamiento de Cano Vinde y Miguel Tobal (1992), validado por Leibovich de Figueroa y Schufer (2002). Se trata de una escala de frecuencias de 42 indicadores que deben responderse en función de si esto le ocurre a la persona casi nunca, pocas veces, unas veces sí y otras veces no, muchas veces o casi siempre. Se otorga un puntaje (de 0 a 4 pts.) cuya sumatoria se realiza en función de cada dimensión (valoración: como amenaza, desafío o irrelevante y afrontamiento: cognitivo dirigido a la situación, cognitivo dirigido a la emoción, conductual motor dirigido a la situación, cognitivo motor dirigido a la emoción, pasividad, evitación).

Análisis de datos: Los datos fueron analizados estadísticamente con el soporte técnico del software Spss 22.0, versión castellana.

Resultados:

En cuanto a las características de la muestra, un 68% eran mujeres, el promedio de edad fue de 58,03 años (D.E.: 9,8), con un promedio de 8,23 años desde el diagnóstico (D.E.: 11,5). El 42,3% de los entrevistados tenía estudios primarios, el 37,6% cursó estudios secundarios y el 20,1% cursa o cursó estudios universitarios o terciarios. El 65,2% estaba ocupado, el 24,3% estaba jubilado y el resto eran amas de casa, estudiantes o desocupados.

Respecto a la adhesión al tratamiento, la mayoría cumplía las siguientes pautas: evitar el azúcar (84,2%), usar un calzado cómodo y ajustado (81,8%), utilizar insulina o hipoglucemiantes tal como se los indicó el médico (80,3%),

comer verduras (79,7%) y frutas (76,3%), lavarse los pies con agua tibia y jabón suave (75,6%) e informar al médico ante cualquier herida o signo de infección (74,3%), hacerse controles diarios de glucosa (73%) y, distribuir las comidas evitando grandes atracones (72,6%).

Inversamente, las que más dificultades presentaron en cuanto a la adherencia fueron: llevar un alimento o caramelo cuando se hace gimnasia o algún deporte (68,2% no lo realiza), hacer un deporte, gimnasia o salir a caminar (62,1% no lo hace), consumir pescado (56,7% no lo consume), usar limas y no tijeras para cortarse las uñas de los pies (55,1% no lo hace).

Por otra parte, la depresión y ansiedad en los pacientes con diabetes tipo 2 correlacionan positiva y significativamente entre sí ($r = .41$ y $p < 0.01$) y en forma negativa con las estrategias activas de afrontamiento (depresión con: afrontamiento cognitivo dirigido a la situación ($r = -.53$ y $p < 0.001$) y a la emoción ($r = -.48$ y $p < 0.01$), afrontamiento conductual dirigido a la situación ($r = -.36$ y $p < 0.05$ y a la emoción ($r = -.67$ y $p < 0.001$); ansiedad con: afrontamiento cognitivo dirigido a la situación ($r = -.59$ y $p < 0.001$) y a la emoción ($r = -.71$ y $p < 0.001$), afrontamiento conductual dirigido a la situación ($r = -.43$ y $p < 0.01$) y a la emoción ($r = -.69$ y $p < 0.001$) y con una mayor adhesión al tratamiento (depresión: $r = -.56$ y $p < 0.001$ y ansiedad: $r = -.42$ y $p < 0.01$), y viceversa.

En relación con el nivel sociocultural, al realizar un análisis de la varianza (Anova), se observó que quienes presentaban un bajo nivel evidenciaron una media significativamente superior de estrategias evitativas ($F = 13,23$ y $p < 0.001$) y uno significativamente más bajo de adhesión al tratamiento ($F = 11,53$ y $p < 0.001$) y, por otra parte, quienes tenían un nivel sociocultural medio o alto (sin diferencias, según prueba post hoc Scheffe) presentaron una media significativamente superior de estrategias cognitivas y mayor adhesión a los tratamientos.

Discusión:

La relación que existe entre la diabetes mellitus y la depresión se ha trabajado desde hace algunos años atrás, encontrándose que, en muchas ocasiones, los pacientes con diabetes tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión. An Pan et al. (2010) señalan que esto puede explicarse por dos razones: debido a que la depresión puede aparecer como consecuencia de tener diabetes, o porque surge como un factor de riesgo para la aparición de la diabetes tipo 2.

En el estudio presentado se observa, además, que la depresión tiene una alta probabilidad de presentarse acompañada de algún trastorno de ansiedad, afectando ambas las estrategias activas de afrontamiento que favorecen la adhesión al tratamiento (Bail Pupko & Azzollini, 2012). También Lostaunau Calero (2013) encontró correlaciones inversas y significativas entre la ansiedad y los recursos sociales, físicos y cognitivos, y el puntaje global de los recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2. Por otra parte, estos resultados son congruentes con los hallazgos de otros investigadores (e.g. Ortiz, Ortiz, Gatica & Gómez, 2011) los cuales muestran una

tendencia a un mayor nivel de sintomatología depresiva en las personas con afrontamientos evitativos y centrados en la emoción (pasivos). Asimismo, en el trabajo realizado se encontró que los pacientes con diabetes tipo 2 con mayores índices de depresión y ansiedad presentan un menor nivel de adhesión.

En síntesis, el trabajo en salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, es necesario para disminuir los síntomas depresivos y ansiosos con el fin de favorecer estrategias activas de afrontamiento sobre el problema con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y también de propiciar una adecuada adhesión a los tratamientos indicados. López Rodríguez y Manrique Aguilera (2013) concluyeron en un estudio que la intervención educativa en los pacientes con Diabetes tipo 2 ofrece beneficios en el control de la glucosa sanguínea, así como en el nivel de conocimientos sobre su enfermedad y la calidad de vida, favoreciendo las condiciones óptimas para el cambio hacia un estilo de vida más saludable. La presente investigación profundizará la relación entre el nivel sociocultural y su relación con las variables presentadas, con el fin de aportar información para la confección de programas de psicoeducación acordes a las necesidades y comprensión de todos los sectores de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- An Pan, L.; Sun, M.; van Dam, O.; Franco, R.M.; Manson, O.H.; Willet, J.E.; Ascherio, W.C.; Hu, F.B. (2010). Bidirectional association between depression and type 2 Diabetes Mellitus in women. *American Medical Association*, 170(21), 1884-1891.
- Azzollini, S. y Bail Pupko, V. (2010) La adhesión a los tratamientos en los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2: cómo resolver un problema social. Buenos Aires, Secretaría de Investigaciones de la Fac. de Psicología (UBA), 22, 23 y 24 de noviembre de 2010. *Memorias del "II Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional en Psicología"*, III, 238-240.
- Azzollini, S.; Bail Pupko, V.; Benvenuto, A. (2009) La relación entre la valoración de la diabetes, las estrategias de afrontamiento elegidas, según el tipo de locus de control y los años transcurridos desde el diagnóstico. "XII Reunión Nacional y I Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento". Buenos Aires, 27, 28 y 29 de Agosto de 2009.
- Bail Pupko, V. y Azzollini S. (2012) Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(10),15-23.
- Beck, A.T.; Epstein, N.; Brown, G.; Steer, R.A. *et al.* (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and clinical Psychology*; 56(6): 893-897.
- Beck, A.T.; Steer, R.A.; Brown, G.K. (2006) *Inventario de Depresión de Beck: BDI-II* [Beck Depression Inventory: BDI-II]. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A.T.; Ward C.H.; Mendelson M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*; 4, 561-71.
- Cano Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1992) *Inventario de Valoración y Afrontamiento* (IVA). Madrid: Univ. Complutense de Madrid, Dpto. de Psicología Básica, 2001.
- Fernández, C. y Pérez Alvarez, M. (1996) "Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes". En: G. Buela-Casal; V.E. Caballo; J.C. Sierra *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*, (873-888) Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*, (2011). Disponible en URL: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf>
- Labrador, F.J. y Castro, L. (1987) La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 157-164.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (1984) *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leibovich de Figueroa, N.B. y Schufer, M. (2002) *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Ed. Eudeba
- López Rodríguez, J. y Manrique Aguilera, G. (2013) Adhesión terapéutica del paciente con diabetes: ¿Educación grupal o individual? *Colección Grado en Enfermería*, Universidad de Almería. Disponible en URL: <http://hdl.handle.net/10835/2473>,
- Lostanau Calero, A. (2013) *Ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II*. Repositorio Digital de Tesis PUCP URI: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4701>
- Molina Iriarte, A.; Acevedo Giles, O.; Yáñez Sandoval, M.E.; Dávila Mendoza, R.; González Pedraza Avilés, A. (2013) Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados, *Revista Española Médica Quirúrgica*, 18:13-18.
- Navarro Góngora, J. (2004) *Enfermedad y familia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Núñez Villalva, D.A. (2012) *Las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en los pacientes atendidos en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés*. Disponible en URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1682>
- O.M.S., (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades-10, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Forma.
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* Disponible en URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- OPS 2003-2007 División de Salud y Ambiente, *Marco de Acción en Salud Ambiental*, Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadi/fulltext/marco.pdf>
- Ortiz, M.; Ortiz, E.; Gatica, A.; Gómez, D. (2011) Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11.
- Serrano Becerril, C.I.; Zamora Hernández, K.E.; Navarro Rojas, M.M.; Villarreal, E. (2012) Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Medicina Interna de México*, 28(4), 325-8.

Fecha de recepción: 12/05/15

Fecha de aceptación: 24/08/15