

**RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD  
EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL SAN PEDRO**

**MARCELA MIREYA IBARRA HERNANDEZ**

**LEIDY JOHANA LEON BOLAÑOS**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

**SAN JUAN DE PASTO**

**2014**

**RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD  
EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL SAN PEDRO**

**MARCELA MIREYA IBARRA HERNANDEZ**

**LEIDY JOHANA LEON BOLAÑOS**

**Asesores:**

**Omar Calvache López**

**Adriana Perugache Rodríguez**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
SAN JUAN DE PASTO**

**2014**

**NOTA DE RESPONSABILIDAD**

“Las ideas y conclusiones aportadas en este trabajo son responsabilidad del autor”  
Artículo 1 del Acuerdo 324 de 1966, emanado por el Honorable Concejo Directivo de la  
Universidad de Nariño

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

Omar Calvache López (Asesor)

---

Adriana Perugache Rodríguez (Asesora)

---

Edith Hernández Narváez (Jurado)

---

Leónidas Ortiz Delgado (Jurado)

San Juan de Pasto, Marzo de 2014

*Agradecimientos*

*Este proceso es el resultado del aporte y apoyo de muchas personas las cuales no solo contribuyeron académicamente, si no que nos aportaron en nuestra formación como profesionales y como personas.*

*A nuestras familias, mil gracias por permitirnos llegar a ser lo que hoy somos, por sus constante apoyo en cada proceso de nuestra vida, por su confianza en nuestras capacidades, por creer desde un principio en lo que hoy logramos y sobre todo por seguir creyendo en las cosas que nos quedan por lograr.*

*A Omar Calvache, quien desde un primer momento creyó en este proceso y decidió acompañarnos para finalizarlo con éxito, gracias por haber compartido con nosotros sus conocimientos.*

*A Adriana Perugache, por su apoyo y confianza en el trabajo desempeñado, así como por su amistad.*

*A nuestros jurados, los psicólogos Leónidas Ortiz y Edith Hernández, quienes aportaron su conocimiento en este proceso.*

*A los pacientes de la Fundación Hospital San Pedro que participaron en este trabajo, mil gracias.*

*Al doctor Carlos Patiño, jefe de convenios docente asistencial y de salud ocupacional de la Fundación Hospital San Pedro, por su apoyo constante, un vivo ejemplo de liderazgo y sencillez.*

*A todo el personal de la Fundación Hospital San Pedro, por toda su comprensión y apoyo para que este proyecto fuera una realidad.*

### Dedicatoria

*A Dios mi veneración, por darme la sabiduría para descubrir lo correcto, paciencia para afrontar mis decisiones, voluntad para elegirlo y la fuerza para hacer que perdure. Por ser nuestro creador amparo y fortaleza por hacer palpable su amor a través de las personas que nos rodean, por darme la oportunidad de existir al darme unos padres incondicionales y permitirme llegar hasta este momento tan especial de mi vida.*

*A mi padre, Ricardo Ibarra Tapia, por su ejemplo y tenacidad, por ser todo lo que una hija puede desear y necesitar, mi amigo y cómplice, gracias por todo el amor, apoyo incondicional, sus palabras de ánimo, lo amo y mucho. Este trabajo es una pequeña prueba de gratitud para ti de las muchas que vendrán.*

*A mi madre, Gladys Hernández, por su fortaleza ante la vida, ejemplo de bondad, sencillez, amor, por ella surgió esta investigación.*

*A mi hermana, que me dio el ánimo y la experiencia para luchar por este trabajo.*

*A mi amor: Alexander Lasso Bilbao, llegaste como un regalo de Dios a mi vida, gracias por tu apoyo, ánimo, comprensión, por entenderme todo el tiempo y ser esa fuerza que me motiva seguir avanzando.*

*A mis amigas y compañeras de practica: Camila Rodríguez y Lorena Rueda, compartir con ustedes siempre será una alegría.*

*A mis amigos de la universidad: Luis Guevara, Natalia Rodríguez, Andrés Rojas, Elizabeth Rojas, Yohana Cuasmayan y Mafe Guerrero. En especial a Viviana Herrera por ser mi mejor amiga incondicional y cómplice de mi vida universitaria.*

*Marcela Ibarra Hernández*

## Dedicatoria

***A mis padres Orlando León y Patricia Bolaños quienes has sido la motivación para seguir adelante, la inspiración para luchar cada día por mis sueños, sus consejos, su compañía y amor todo me llevo a seguir adelante en este camino y quienes con su incondicionalidad y empeño cristalizaron mis sueños.***

***A mis hermanas Paola y Ángela quienes con sus risas, locuras y consejos han mostrado ser las mejores amigas, a Anita por ser mi compañera de toda la vida y quien ha estado conmigo siempre en cada momento siendo mi confidente, fortaleza y apoyo.***

***A mi gran amor Juan Camilo con quien haría tesis toda la vida, gracias por todo el amor y tu apoyo en cada paso que doy.***

***Y a todas y cada una de las personas que hicieron parte de este camino y quienes con sus enseñanzas, alegría y amistad llenaron mi vida de gratos momentos que jamás se olvidaran.***

***Leidy León***

**TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCION	14
Diabetes	16
Afrontamiento	18
Estrategias de Afrontamiento	20
Calidad de vida relacionada con Salud	21
OBJETIVOS	22
Objetivo General	22
Objetivos Específicos	22
METODO	22
Paradigma de Investigación	22
Tipo de estudio y Diseño de investigación	22
Población	23
Muestra	23
Factores de inclusión	24
Factores de exclusión	24
Instrumentos	24
Procedimiento	24
Fase I. Construcción teórica y metodológica	24
Fase II. Aplicación de instrumentos	25
Fase III. Análisis de resultados y elaboración informe final	25
Plan de análisis de datos	26
Elementos éticos y bioéticos de la investigación	27
ANALISIS DE RESULTADOS	27

Características sociodemográficas	27
Estrategias de afrontamiento	30
Calidad de vida relacionada con salud	31
Correlación entre variables sociodemográficas	32
Correlación entre Estrategias de Afrontamiento	35
Correlación entre Calidad de vida relacionada con salud	36
Correlación entre Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida	36
DISCUSION	37
CONCLUSIONES	45
Recomendaciones y limitaciones	47
REFERENCIAS	49
ANEXOS	55
Anexo 1. Consentimiento informado	55
Anexo 2. Escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M)	56
Anexo 3. Cuestionario de calidad de vida relacionada con salud SF36	60
Anexo 4. Autorización Fundación Hospital San Pedro	64

**LISTA DE TABLAS**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad de los datos	21
Tabla 2. Distribución estadística de cada una de las estrategias de afrontamiento.	25
Tabla 3. Puntuaciones de calidad de vida relacionada con salud	27
Tabla 4. Correlación entre las estrategias de afrontamiento	30
Tabla 5. Correlación entre las dimensiones de calidad de vida	31
Tabla 6. Correlación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida	32

## **LISTA DE FIGURAS**

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Formula de la muestra por prevalencia	18
Figura 2. Distribución de la muestra según sexo	22
Figura 3. Distribución de la muestra según edad	23
Figura 4. Distribución de la muestra según estado civil	23
Figura 5. Distribución de la muestra según zona	24
Figura 6. Distribución de la muestra según tiempo de diagnóstico	24
Figura 7. Puntuaciones de las estrategias de afrontamiento	26
Figura 8. Relación entre sexo y estrategias de afrontamiento	27
Figura 9. Relación entre sexo y calidad de vida relacionada con salud	28

**RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN  
PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL SAN PEDRO  
RESUMEN**

El presente proyecto tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre afrontamiento y calidad de vida relacionada con salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital San Pedro de Pasto, a través de un estudio correlacional de tipo transversal. Se evaluaron las variables mediante la Escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M) validación colombiana de Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango Aguirre, (2006), con una confiabilidad de 0.764 y el Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36, adaptación Colombiana de Lugo, García y Gómez (2006), con una fiabilidad de 0.70. Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS versión 20, mediante la prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson.

Se encontró relación moderada entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento en las que la dimensión: función física se relacionó con las estrategias apoyo social: con un valor de .424, apoyo profesional: con .456 y reevaluación positiva: con un valor de .454; las cuales obtuvieron un valor de confianza de 0.01 y la dimensión dolor corporal se relacionó con evitación cognitiva con un valor de .528 con una confianza de 0.01.

Por tanto, los resultados de esta investigación permiten ampliar el conocimiento sobre el impacto psicológico de las personas con diabetes, al ofrecer información sobre los recursos con los que cuentan para enfrentar la enfermedad y mejorar su calidad de vida, lo cual es gran importancia para fortalecer las propuestas teóricas en el campo de la psicología.

*Palabras clave:* Estrategias de Afrontamiento, Calidad de Vida Relacionada con Salud, Diabetes Mellitus tipo II.

## **ABSTRACT**

This project aimed to determine the relationship between coping and quality of life related to health in patients with diabetes mellitus type II in the San Pedro Hospital of Pasto, through a cross-sectional correlational study. Variables were assessed using the Coping Strategies Scale property (EEC-M) Colombian validation Londoño Henaos Posada Arango Aguirre (2006), with a reliability of 0.764 and Questionnaire quality of life related to SF-36, Colombian adaptation of Lugo, García and Gómez (2006), with a reliability of 0.70. The data were processed using SPSS version 20, using the statistical test of the correlation coefficient of Pearson.

Moderate relationship between life quality and coping strategies was found in which the dimension. Physical function was associated with social support strategies:: with a value of .424, professional support: with .456 and positive reappraisal with .454, worth which obtained a confidence value of 0.01 and the bodily pain dimension was related to cognitive avoidance with a value of .528 with a confidence of 0.01.

Therefore, the results of this research provide further insight into the psychological impact of people with diabetes by providing information on resources at their disposal to deal with the disease and improve their quality of life, which is very important to strengthen theoretical proposals in the field of psychology.

Keywords: Coping Strategies, Quality of Life Related to Health, Diabetes Mellitus Type II.

## **INTRODUCCION**

En Colombia, de acuerdo con las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2009 la diabetes mellitus se presenta dentro de las cinco causas de mortalidad, con 7320 casos. Así mismo, la Asociación Colombiana de Diabetes estima que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene Diabetes tipo II y alrededor de un 30 a 40% de los afectados desconocen su enfermedad, mientras que en Nariño para el año 2009 se presentaron alrededor de 19.731 casos, los cuales se duplicaron para el año 2011 con 37.785 casos; por ende se puede apreciar que los casos de diabetes en Nariño están en un preocupante aumento (Instituto departamental de salud 2013).

Por lo anterior, se generó interés en desarrollar el presente trabajo en la población de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II, ya que en ellos se produce un impacto y cambio a nivel físico, psicológico y emocional que exigen al sujeto un grado de aceptación y adaptación, por tanto el curso de la enfermedad estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento que las personas tomen ante estas emociones y sentimientos, en especial en la enfermedad crónica puesto que necesita cuidados permanentes para evitar su agravamiento y la disminución de su comorbilidad; de lo contrario, aparecerán temprano o a mediano plazo diversas complicaciones que de manera natural trae consigo el desarrollo de la enfermedad como: el aumento de los problemas económicos, familiares, laborales, sociales, físicos, psicológicos y espirituales de estas personas afectando significativamente su calidad de vida (CV) (Oblitas, 2006).

Es por ello, que el presente estudio buscó establecer la correlación entre calidad de vida relacionada con salud (CVRS) y estrategias de afrontamiento, para proporcionar una evaluación más completa, comprensiva y válida del estado de salud de un individuo por medio de la identificación de las estrategias de afrontamiento que mejoran la CV, permitiendo un abordaje desde una visión integral, de tal forma que el tratamiento no sólo se enfatice en los síntomas fisiológicos sino también en los aspectos psicológicos de la enfermedad, produciendo favorables resultados para las personas con la enfermedad que son atendidas en la Fundación Hospital San Pedro (FHSP) y para la cual los costos de reingreso por las diversas complicaciones de la enfermedad se incrementan durante la enfermedad (Delgado & Hidalgo, 2011).

Se han realizado estudios que evidencian la relación entre estas variables, es así como Pantoja y Sañudo (2010), en su estudio en donde comprueban la relación entre afrontamiento y CV según el estadio del cáncer, en pacientes que asisten a la unidad oncológica de la institución prestadora de servicios en salud Coemssanar en el municipio de Pasto, identificaron que las estrategias de afrontamiento y estilo de vida varían según el estadio de cáncer, para el caso de los pacientes en estadio I y II existe una relación lineal directa, de donde deduce que a mejor afrontamiento mayor calidad de vida, en el grupo de pacientes del estadio III y IV no se encontró relación entre las variables de estudio.

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007), observaron un deterioro importante en la CV en pacientes con insuficiencia renal crónica, no obstante su funcionamiento social se encontró preservado. El afrontamiento se vio focalizado en la solución de problemas y tuvo correlación positiva con salud mental; mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de dimensiones de CV evaluadas.

Las investigaciones que comparan la CV reportada por la población en general muestra que los adultos con diabetes en su mayoría presentan una percepción de peor CV (Rubín, 2000, citado por Jiménez y Dávila, 2007). Por otro lado se ha encontrado que una mejor CV en adultos con diabetes está asociada con mayor apoyo social, autoeficacia, actividad física y ausencia de complicaciones de salud y trastornos psiquiátricos (Delamater, 2000, citado por Jiménez y Dávila, 2007).

En un estudio en el que se relaciona CV y grado de control en personas con diabetes tipo II realizado por Gómez, Albiñana, Belenger y Navarro (2008), quienes no encontraron asociación entre las variables, resultados que consideraron esperables puesto que en estadios muy avanzados de la enfermedad en pacientes después de muchos años de mal control y con las complicaciones derivadas de ésta se ve afectada la calidad de vida.

Por otra parte Cárdenas, Pedraza, y Lerma (2005), aplicaron el instrumento CV en diabetes (DQOL), encontrando que la CV no fue influenciada por características como la edad, el estado civil, según el género los hombres refirieron que tienen mayor CV general que las mujeres, pero ellas mencionaron estar más satisfechas con el tratamiento. El tiempo que ha presentado y sus complicaciones no influyeron en la percepción de la CV de los pacientes con

diabetes. Por tanto, los resultados ubican a los pacientes con diabetes de la investigación con una moderada afección de la calidad de vida.

Por otra parte en el estudio de Romero et al., (2010), se encontró mediante el instrumento SF-36, que el 62,2% de estos pacientes presentan una buena calidad de vida. Las escalas con mejores porcentajes fueron salud mental 86,0%, rol emocional 68,3% y vitalidad 75,9% al contrario de estas, las escalas con menor puntuación fueron las de rol físico y salud general con 40,3% y 37,5% respectivamente. Por tanto la autovaloración realizada por esta población con patologías crónicas consideraron que su situación de salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es deficiente debido a la experiencia que enfrentan de padecer una enfermedad degenerativa permanente como es la Diabetes Mellitus.

Según Vinnacia (2006 citado por Romero, et al., 2010), las personas que tienen diabetes tipo II tienen una percepción favorable de su calidad de vida, indicando que la adecuada salud mental, física y emocional que percibieron les favoreció para estar activos y llevar a cabo sus roles de la vida diaria, mediante la adecuada valoración del apoyo social por medio del contacto constante de las personas más cercanas; como amigos, familiares y compañeros de trabajo para recibir apoyo emocional. Mientras que para Ruiz (1995), la persistencia del dolor crónico puede producir un síndrome que se caracteriza por afectar de diferentes maneras la esfera psicosocial.

Con el fin de facilitar la comprensión del estudio, a continuación se hace una breve revisión de los aportes teóricos de algunos autores que se tuvieron en cuenta para la fundamentación y ejecución de la investigación.

### **Diabetes Mellitus tipo II**

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (2006) denomina diabetes al desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica que causa problemas en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de alteraciones en la secreción y/o en la acción de la insulina. Además, al ser una enfermedad crónica, se considera un trastorno de etiología multifactorial; es decir que el origen, desarrollo y evolución de la enfermedad son influenciados por factores genéticos, ambientales, psicológicos entre otros, (Delgado y Hidalgo, 2011).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2008), la diabetes mellitus es un trastorno metabólico grave ya que es considerada como un factor de riesgo para complicaciones

médicas: oftalmológicas, renales, neurológicas, cardiológicos y otras patologías como el pie diabético, hipertensión arterial, insuficiencia renal, enfermedades macrovasculares, como los accidentes cerebrovasculares y cardiopatías isquémicas, estas complicaciones y además la necesidad de insulino terapia conducen a una considerable disminución en la esperanza de vida porque pueden afectar negativamente la percepción de la CVRS (Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarrain, & Díez, 2007).

La diabetes por ser una enfermedad crónica no sólo afecta la dimensión física de las personas que la tienen, también desde su diagnóstico es una condición que requiere cambios en el estilo de vida de las personas, influyendo profundamente en el funcionamiento psicológico y psicosocial de quienes la presentan. A su vez, el sistema nervioso y el endocrino se integran formando un sistema psiconeuroendocrino, capaz de integrar y coordinar las funciones metabólicas del organismo y emociones del individuo, es por ello que los sistemas de salud retoman al paciente con un tratamiento integral donde la psicoeducación al paciente es vital para el control de la diabetes, ya que esta enfermedad no sólo se controla con medicamentos o al administrarse insulina, sino que también debe haber un control en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés emocional, u otros componentes psicológicos o personales ya que estos factores pueden afectar el nivel de glucosa en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición (Pineda et al. 2004).

A su vez es importante trabajar los aspectos psicológicos con las personas con diabetes ya que se ha demostrado que las características de la personalidad influyen en el control de la glicemia en diabéticos tipo II. La tendencia de los pacientes a experimentar menos emociones negativas y el enfocar las necesidades de los demás ante de las de ellos mismos demostró ser un factor de riesgo para el inadecuado control de la glicemia. Los peores controles de la glicemia se han asociado con ansiedad, depresión, rabia, hostilidad, autoconciencia y vulnerabilidad. Así mismo, se ha observado una mayor propensión a experimentar emociones negativas, gran tendencia a las preocupaciones, experiencias de enojo y frustración; culpa, tristeza, desesperación y un inadecuado manejo del estrés. Sin embargo, las fuertes tendencias a la frustración y a experimentar emociones negativas puede proveer el incremento de la motivación de los pacientes con diabetes a cumplir los regímenes de autocuidado. Por tanto es importante conocer

los factores psicológicos de los pacientes con diabetes en especial de diabetes mellitus tipo II, puesto que para estas personas se requiere un tratamiento eficaz desde la multidisciplinariedad, Pineda et., al.(2004).

Así mismo, la importancia que tiene la psicología en especial la psicología de la salud en el tratamiento y diagnóstico de la diabetes es vital puesto que las personas con diabetes con cierta frecuencia presentan depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. También se presentan trastornos como: estrés, ansiedad, entre otros, (Pineda et al., 2004).

La diabetes mellitus según Novoa, Morales, Osorio, y Vargas (2008) puede clasificarse en:

***Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) o diabetes mellitus tipo I.*** es producida por un déficit en la secreción de insulina debido a un proceso destructivo de las células que la producen, por ello se debe administrar diariamente insulina, debido a que se presenta en la etapa de desarrollo afecta a niños, jóvenes y adultos, representa entre el 10% y el 15% de todos los casos de diabetes.

***Diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) o diabetes mellitus tipo II,*** se debe a una resistencia del organismo; si bien se puede producir insulina, algunos órganos no responden hacia ella, por lo que no se requiere de la administración diaria de la misma, aunque en algún momento pueda necesitarse para normalizar la glicemia. Se presenta principalmente en adultos y representa entre el 85% y el 90% de todos los casos de diabetes.

***Intolerancia a la glucosa (IG),*** son personas que tienen el nivel de la glicemia en los mismos valores para el diagnóstico de diabetes mellitus.

***Diabetes mellitus gestacional (DMG).*** Afecta a las embarazadas y es debido a que las hormonas del embarazo bloquean el procesamiento de la insulina, lo que constituye un factor de riesgo tanto para la madre como para su bebe.

### **Afrontamiento**

Una de las primeras definiciones es la de Lazarus y Folkman (1986), que denominan el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes

que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

El afrontamiento para Villalobos (2007), implica las acciones sociales cognoscitivas o comportamentales del individuo encaminadas a manejar una situación estresante, logrando reducirla y adaptarse previniendo su aparición o remediando su daño, proponiendo un concepto que retoma la parte social del individuo.

Según Huffman (2008), el afrontamiento actúa como mediador entre las eventos estresantes a los que están expuestas las personas y sus recursos personales y sociales con los que cuenta para hacerles frente, así como las consecuencias que se derivan para su salud física y psicológica.

### ***Formas del afrontamiento***

Lazarus y Folkman (1986), consideran que el proceso de afrontamiento tiene dos formas principales, una centrada en el problema y el afrontamiento dirigido a la emoción:

El afrontamiento centrado en el problema, implica asumir una acción directa a fin de buscar soluciones o resolver el problema (Gross, 2005), se utiliza cuando la evaluación realizada indica que se tiene control sobre la situación.

En cambio, el afrontamiento centrado en la emoción, busca la regulación de las reacciones emocionales producidas por la situación o acontecimiento estresante (Gross, 2005).

### ***Funciones del afrontamiento***

El afrontamiento tiene unas funciones principales entre las que se encuentran: reducir las condiciones peligrosas del medio y fomentar perspectivas de recuperación, tolerar o ajustarse a eventos o realidades negativas, mantener una autoimagen positiva, mantener el equilibrio emocional y continuar con relaciones satisfactorias con otras personas (Villalobos, 2007, p. 131).

### ***Estrategias de Afrontamiento***

Según Lazarus y Folkman (1986), en el afrontamiento se manejan las demandas internas o externas lo cual puede significar superar, minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes, lo que significa que el afrontamiento es una forma de hacer frente a la situación estresante con la utilización de diversas estrategias.

Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006), teniendo en cuenta las concepciones de Lazarus, Folkman, 1987 y de Fernández – Abascal y Palmero, 1999 describen las siguientes estrategias de afrontamiento:

***Solución de problemas.*** Es la secuencia de acciones orientadas a resolver el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. (Fernández-Abascal y Palmero, 1999, citado en Guerrero y Londoño, 2008).

***Apoyo social.*** Hace referencia el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema.

***Espera.*** Es una estrategia cognitivo-comportamental porque se mantiene la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo, hace referencia a una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la solución del problema (Londoño et al., 2006).

***Religión.*** Algunos individuos consideran al rezo y la oración como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo.

***Evitación emocional.*** Esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. El objetivo de esta estrategia es evitar las reacciones emocionales percibidas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por la creencia de una desaprobación social si se expresa.

***Apoyo profesional.*** Se refiere a la aplicación de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo.

***Reacción agresiva.*** Es la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida tanto hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que causa una determinada situación.

***Evitación cognitiva.*** Con esta estrategia se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. Se evita pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades (Londoño et al., 2006).

***Reevaluación positiva.*** Por medio de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es considerada por Lazarus y

Folkman (1986) como un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente.

**Expresión de la dificultad de afrontamiento.** En esta estrategia se expresan las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema, podría pensarse que la persona pretende buscar soluciones externas a los recursos no propios (Londoño et al., 2006).

**Negación:** Esta estrategia busca que la persona se comporte como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

**Autonomía** Es la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales (Londoño et al., 2006).

### **Calidad de Vida Relacionada con Salud**

La CVRS, busca determinar el estado de salud de las personas teniendo en cuenta aspectos: físicos, psicológicos y sociales, a partir de la percepción y valoración del individuo, a su vez, los anteriores aspectos son influenciados por el entorno, valores, creencias y recursos disponibles de cada persona. Por tanto, este es un concepto multidimensional y de tipo biopsicosocial, (Oblitas, 2006).

Es importante diferenciar que calidad de vida solo hace énfasis sobre los aspectos psicosociales sean estos cuantitativos y/o cualitativos del bienestar social (*Welfare*) y del bienestar subjetivo general (*Wellbeing*), mientras que en la CVRS se da mayor énfasis a la evaluación de parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad y/o accidente (Goldwurm, Baruffi y Colombo, 2004, citado en Vinaccia y Quiceno, 2011).

Según Romero et al., (2010), el instrumento que evalúa la CVRS SF36, mide ocho dimensiones:

**Función física.** Entendida como el grado de limitación para hacer actividades físicas tales como: el caminar, subir escaleras, auto cuidado, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.

**Rol físico.** El cual se refiere al grado en que la salud física interfiere en actividades como el trabajo y otras de la rutina diaria incluyendo rendimiento menor que el deseado.

**Dolor corporal.** Entendida como la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

**Salud general.** Está relacionado con la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.

**Vitalidad.** Es el sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

**Función social:** Esta se refiere al grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

**Rol emocional.** Enmarca el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.

**Salud mental.** En donde se incluyen aspectos como la depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar cuál es la relación que existe entre afrontamiento y calidad de vida relacionada con salud en personas con diabetes mellitus tipo II de la Fundación hospital San Pedro de Pasto.

### **Objetivos Específicos**

Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de la Fundación hospital San Pedro de Pasto.

Identificar la calidad de vida relacionada con salud de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de la Fundación hospital San Pedro de Pasto mediante el instrumento SF36.

Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento, y calidad de vida de vida relacionada con salud en las personas con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II de la Fundación hospital San Pedro de Pasto.

## MÉTODO

### Paradigma de Investigación

La presente investigación es un estudio cuantitativo en el cual se utilizó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### Tipo de estudio y diseño de investigación

Esta investigación es de tipo correlacional, ya que tuvo como objetivo medir el grado de relación que existe entre las variables, estrategias de afrontamiento y CVRS (Díaz, 2006). El diseño de esta investigación es de corte transversal, puesto que los datos se recogieron en un corte puntual de tiempo (Ortiz, 2004). La investigación es de carácter no experimental ya que se realizó sin manipulación deliberada de las variables, observando los fenómenos en su contexto natural, para después analizarlos (Toro & Parra, 2006).

### Población

La población con la que se desarrolló el estudio estuvo conformada por personas entre 35 y 65 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II asistidas en la FHSP.

### Muestra

Se utilizó el método no probabilístico de muestreo intencional o por conveniencia, debido a que las características de la población hicieron necesaria que su participación fuera estrictamente voluntaria. En este tipo de muestreo se selecciona aquella muestra que en opinión

$$N = Z \frac{1-a^2 * p*q}{d_2} \quad N=32,18$$

Ajuste del 20% = 40

Error alfa	a	0,05
Nivel de confianza	Z de (1-a)	0,95
Prevalencia de la enfermedadp		1,96
Complemento de p	q	0,02
Precisión	d	0,98
Tamaño de la muestra	n	0,05

del investigador es la más conveniente para el estudio y se puede extraer con mayor comodidad, como en el caso de hombres y mujeres que asisten a los diferentes servicios del hospital como son: quirúrgicas, medicina interna, rehabilitación y consulta externa (Álvarez, 1995). En la figura uno se aprecia la fórmula mediante la cual se obtuvo el tamaño de la muestra, mediante una muestra de prevalencia, donde se realizó un ajuste del 20% por lo cual se determina una muestra de 40 personas con diabetes mellitus tipo II para aplicar la investigación.

*Figura 1.* Fórmula de la muestra por prevalencia.

### ***Factores de inclusión***

Personas de 35 a 65 años de edad con diagnóstico diabetes mellitus tipo II, que no presentaron alteraciones cognitivas o sensoriales que les impidieron la comprensión de las preguntas formuladas en los cuestionarios, que asistieron en el periodo entre agosto y octubre del 2013 a los servicios de quirúrgicas, hospitalización, medicina interna, urgencias y consulta externa de la FHSP y que estuvieron dispuestas a participar de la investigación, Es importante aclarar que aunque las pruebas están diseñadas para ser autoadministradas, debido a que la mayoría de la población tiene un bajo nivel educativo las investigadoras administraron el instrumento a los participantes.

### ***Factores de exclusión***

Personas con diagnósticos diferentes al de diabetes o con edades fuera del rango establecido de 35 y 65 años de edad y que no estuvieron dispuestas a participar de la investigación.

### **Instrumentos**

Escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M) validación colombiana de (Londoño et al., 2006). La prueba la conforman 12 factores cuenta con una confiabilidad 0.764.

Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36, adaptación Colombiana de Lugo, García y Gómez (2006). La prueba está compuesta por 11 preguntas, tiene una confiabilidad en las correlaciones ítem-escala que superaron 0,48, la fiabilidad es mayor de 0,70. La fiabilidad inter-observador es mayor de 0,80. La consistencia interna de la escala se determinó con el coeficiente alfa de Cronbach. Para la fiabilidad interevaluador utilizaron el coeficiente de correlación intraclase. El valor de comparación del coeficiente fue de 0,70.

## **Procedimiento**

La presente investigación tuvo en cuenta las siguientes fases para su desarrollo:

### ***Fase I: Construcción Teórica y Metodológica***

La construcción teórica inició con la revisión de estudios previos, fuentes de información y material bibliográfico que permitió la estructuración del tema de estudio y posteriormente la definición de los conceptos que guiaron la investigación: diabetes, estrategias de afrontamiento y CVRS.

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema y la revisión teórica se realizó la caracterización metodológica de la investigación descrita en términos como: tipo de estudio, diseño, población, instrumentos de recolección de la información, variables, procedimiento, plan de análisis de datos.

### ***Fase II: Aplicación de Instrumentos***

Para realizar la aplicación de los instrumentos se comunicó de manera oportuna a las autoridades competentes de la FHSP, obteniendo una autorización formal de Gerencia y el jefe de convenios docente- asistenciales y de salud ocupacional (ver anexo 4)

Con el fin de recolectar la información se utilizaron dos instrumentos para la medición de las variables de estudio los cuales fueron:

Escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M) validación colombiana de Londoño, et al., (2006). (Ver anexo 2) y Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), adaptación Colombiana de Lugo, et al., (2006). (Ver anexo 3).

Con el propósito de dar cumplimiento a los lineamientos éticos de la investigación, se brindó a los participantes una información previa a la aplicación de las pruebas, donde se garantizó la privacidad de la información personal obtenida, se explicó los alcances y limitaciones de la misma, y se solicitó la aprobación de su participación en la investigación a través de la firma del consentimiento informado que fue diligenciado por los participantes. (Ver anexo 1).

### ***Fase III: Análisis de Resultados y elaboración de Informe final***

Para obtener el análisis de la normalidad de los datos se utilizó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, en la tabla 1 se evidencia que la mayoría de las variables cuentan con datos normales, a excepción de: autonomía, rol físico, función social y rol emocional.

Tabla 1.

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad de los datos*

<b>Prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra</b>	
	<b>Sig. Asintót. (bilateral)</b>
SP	,469
BAS	,964
ESP	,531
REL	,181
EE	,890
BAP	,329
RA	,314
EVC	,911
RP	,862
EDA	,733
NEG	,554
AUT	,008
FF	,236
SG	,515
RF	,000
DC	,355
V	,441
FS	,000
RE	,000
SM	,698
TS	,039

Para establecer el nivel de correlación entre las variables de estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, ya que existió una distribución normal de los datos. El coeficiente de correlación de Pearson, es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel de intervalos o de razón (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

A partir de los resultados obtenidos en el análisis estadístico, se realizó un contraste teórico teniendo en cuenta las relaciones encontradas entre las variables. Se analizaron los planteamientos teóricos, construyendo argumentos que sustenten la discusión y finalmente se formularon conclusiones a partir de los aspectos relevantes en el proceso de investigación llevado a cabo.

Los datos obtenidos se organizaron con ayuda de office Excel 2010, seguidamente se sistematizaron y analizaron en el programa estadístico SPSS versión 20 en inglés con el fin de establecer el nivel de correlación entre las variables.

Por último se elaboró un informe final donde se encuentra, resultados, la discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones finales del estudio realizado.

### **Plan de análisis de datos**

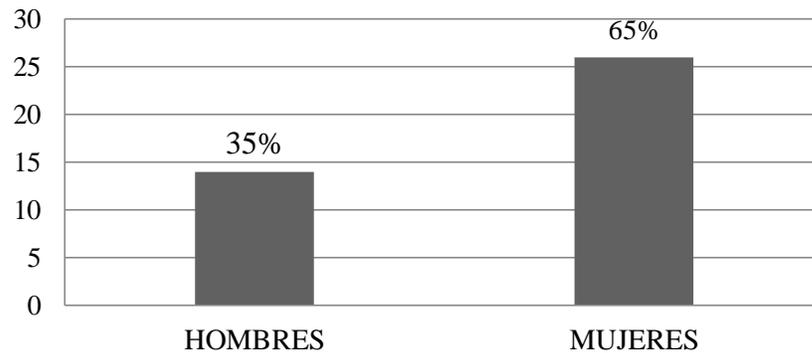
Después de obtener los datos, mediante la aplicación de la Escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M) validación colombiana de Londoño, et al., (2006) y el Cuestionario de CV relacionada con la salud (SF-36), adaptación Colombiana de Lugo, et al., (2006), se realizó la tabulación de los datos y puntuaciones de los instrumentos mediante Excel 2010. Posteriormente, se sistematizan y analizan las variables demográficas con estrategias de afrontamiento y CV, para luego ser analizadas las dimensiones de CV con las diferentes estrategias de afrontamiento mediante el programa estadístico SPSS versión 20 en inglés donde se estimó la normalidad y la varianza de los mismos. Los datos se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

### **Elementos éticos y bioéticos de la Investigación**

Para la elaboración y ejecución del presente proyecto, se tuvieron en cuenta las disposiciones del código deontológico, que aseguraron una administración ética y responsable de la información, con el fin de no perjudicar la integridad de la población objeto de estudio.

Se brindó a los participantes de la investigación información necesaria de los objetivos, propósito y procedimiento a utilizar en el estudio. Después de esto se presentó el consentimiento informado (ver anexo 1) que decidieron firmar de forma libre y voluntaria, según la Ley 1090 de (2006).

Las pruebas administradas en el estudio guardaron el rigor ético y metodológico para su debido manejo y cumplieron con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad. (“Código Deontológico”, 2006). Se guardó absoluta confidencialidad de la información e identidad obtenida de los participantes en el desarrollo del estudio, esta información se mantendrá en sitio cerrado, dado que se utilizó exclusivamente con fines propios de la investigación bajo la responsabilidad de las investigadoras. (“Código Deontológico”, 2006).



Finalmente, las investigadoras se hacen responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. (“Código Deontológico”, 2006).

#### ANÁLISIS DE RESULTADOS

##### Características

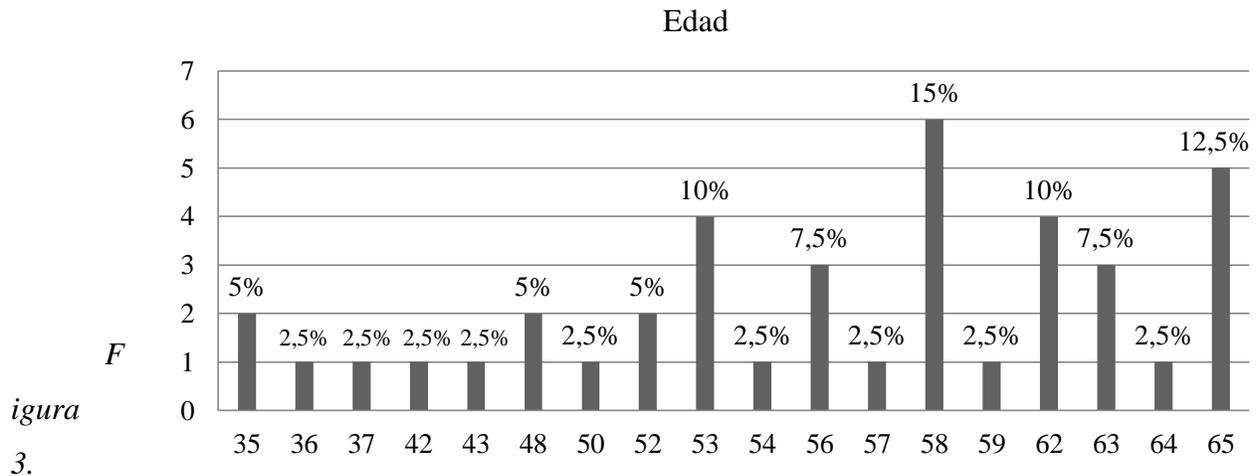
##### Sexo

##### sociodemográficas

En el análisis se tuvieron en cuenta aspectos sociodemográficos como sexo, edad, zona de procedencia y tiempo del diagnóstico. Observando en la figura 2 la distribución de la muestra con respecto al sexo, se encontró que el 65 % de los pacientes pertenecen al sexo femenino, mientras que el 35% corresponde al sexo masculino.

#### *Figura 2.* Descripción por sexo

En cuanto a la edad se encontró una media de 51,8 con una desviación estándar, que indica que los datos están alejados un 8,7 del promedio, en la figura 3 se muestra la distribución de la muestra donde se evidencia que la mayoría de los participantes de la investigación estaban entre en las edades de 58, 65, 53,48 y 35 años respectivamente, entendiéndose que el mínimo de edad correspondió a 35 años y el máximo a 65 años.



Distribución de la muestra según la edad

Para estado civil en la figura 4 se muestra que el 60 % de los participantes son casados, seguido por 17,5% que corresponde a personas en unión libre, el 15% corresponde personas que perdieron a su pareja, el 5% son solteros y finalmente el 2,5% lo representan las personas divorciadas.

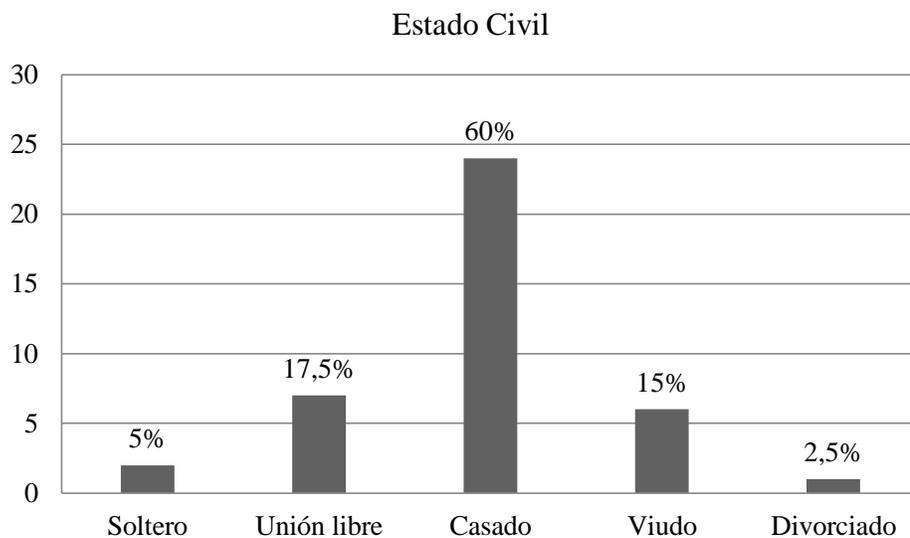


Figura 4. Distribución de la muestra según estado civil.

De acuerdo con el número de hijos, el 22,5% tienen dos hijos, y el 17,5% de los participantes tienen cuatro hijos.

En la figura 5 se puede observar que la mayoría de los participantes provenían de diferentes lugares del departamento de Nariño, en donde el 60% son de la zona urbana y el 40 % pertenecen a la zona rural del departamento.

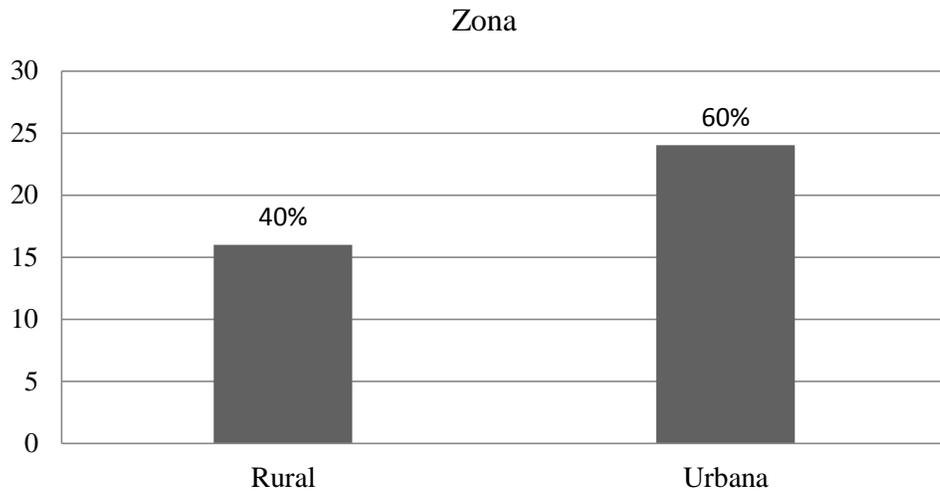
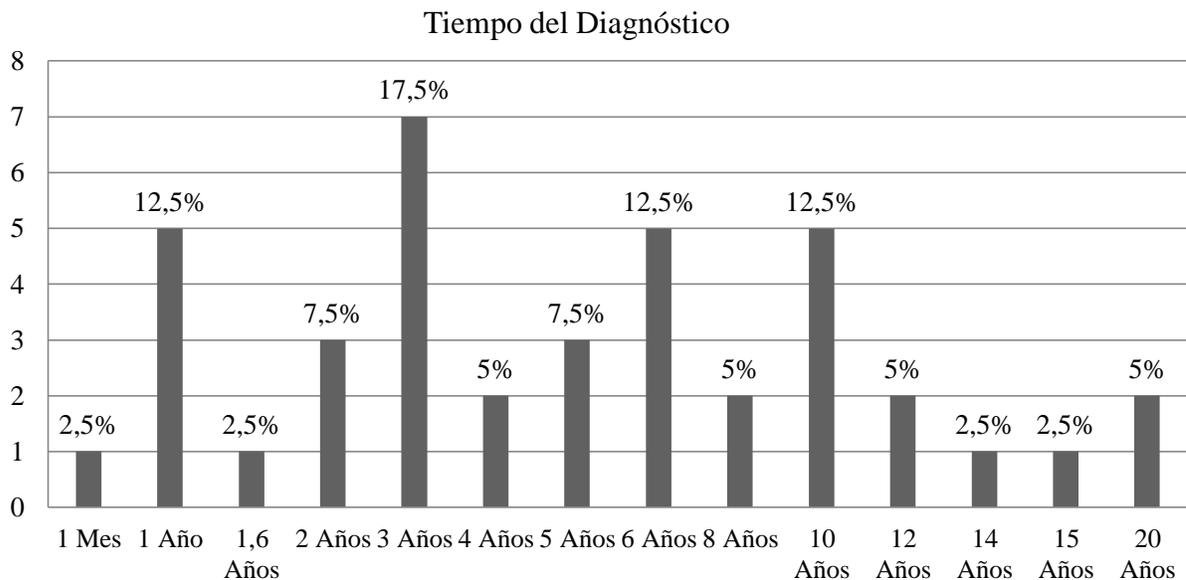


Figura 5. Distribución de la muestra según zona

Según el tiempo del diagnóstico en la figura 6 se observa que el 17,5% de los participantes presentan la enfermedad hace tres años en promedio, seguido el 12,5% que se



presentó en tiempo de diagnóstico de 3, 6 y 10 años.

*Figura 6. Distribución de la muestra según tiempo del diagnóstico*

### **Estrategias de Afrontamiento**

En la tabla 2 se presenta la distribución estadística de cada una de las estrategias del instrumento Escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M).

Tabla 2.

*Distribución estadística de cada una de las estrategias de afrontamiento.*

Factor	Media	Desviación típica
Solución de problemas	39	5,53
Apoyo social	29	6,71
Espera	30,92	8,52
Religión	37,47	4,43
Evitación emocional	29,95	5,89
Apoyo profesional	22,60	4,77
Reacción agresiva	22,60	4,19
Evitación cognitiva	23,27	3,39
Reevaluación positiva	21,77	4,16
Expresión de la dificultad de afrontamiento	13,65	3,45
Negación	11,37	3,27
Autonomía	5,07	3,06

Las estrategias de afrontamiento se ubicaron en su mayoría en nivel alto, teniendo en cuenta que el instrumento da su puntuación en percentiles es decir cómo se posiciona un valor con respecto al total de la muestra. En la figura 7 se presentan las estrategias de religión, apoyo profesional y reacción agresiva, las cuales se ubicaron en el percentil alto con 95, evitación cognitiva en el percentil 90, espera en el percentil 85, negación en el percentil 80, por último se presentan solución de problemas y apoyo social en el percentil 75, evitación emocional, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento se ubicaron en los percentiles medios 70, 65, y 35 respectivamente, autonomía es la única estrategia que tiene percentil bajo con 15.

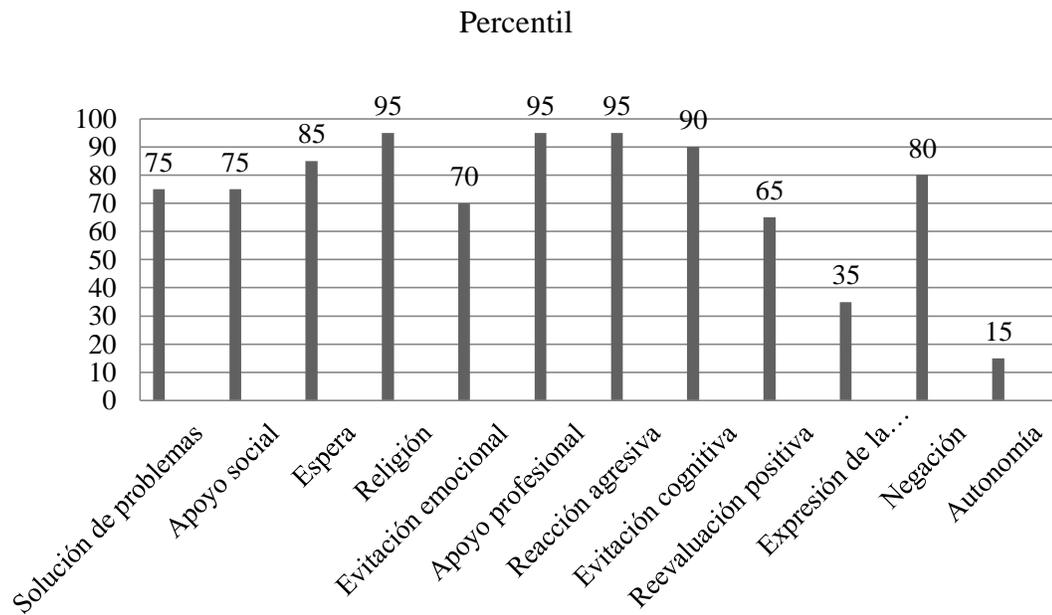


Figura 7. Puntuación de las estrategias de afrontamiento

### Calidad de Vida relacionada con Salud

En la tabla 3, se observan las puntuaciones obtenidas por la muestra en las dimensiones del instrumento SF36,

Tabla 3.

#### *Puntuaciones de calidad de vida relacionada con salud*

Puntuaciones	Dimensiones	Media	Desviación
Altas	Función física	67,13	27,69
	Vitalidad	56,63	16,27
	Salud Mental	53,40	12,34
	Función social	50,31	14,57
Medios	Dolor corporal	42,61	30,31
	Salud general	38,02	11,33
Bajos	Rol emocional	33,75	52,36
	Rol físico	26,25	11,33

Además de las dimensiones, el instrumento incluye un ítem de transición de la salud, que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior, en este se obtuvo un valor de 55,63 con desviación de 36,90, lo que representa una valoración favorable de la salud actual comparada con la de un año atrás.

### Correlación entre variables demográficas y variables de estudio

#### Correlación entre sexo y variables de estudio

En la figura 8 frente a estrategias de afrontamiento se encuentra que son las mujeres quienes más emplean las estrategias de afrontamiento en comparación con los hombres, quienes obtuvieron menor puntuación en las diferentes estrategias, siendo la religión la estrategia mayormente empleada por el grupo de mujeres, seguida por la búsqueda de apoyo social y espera.

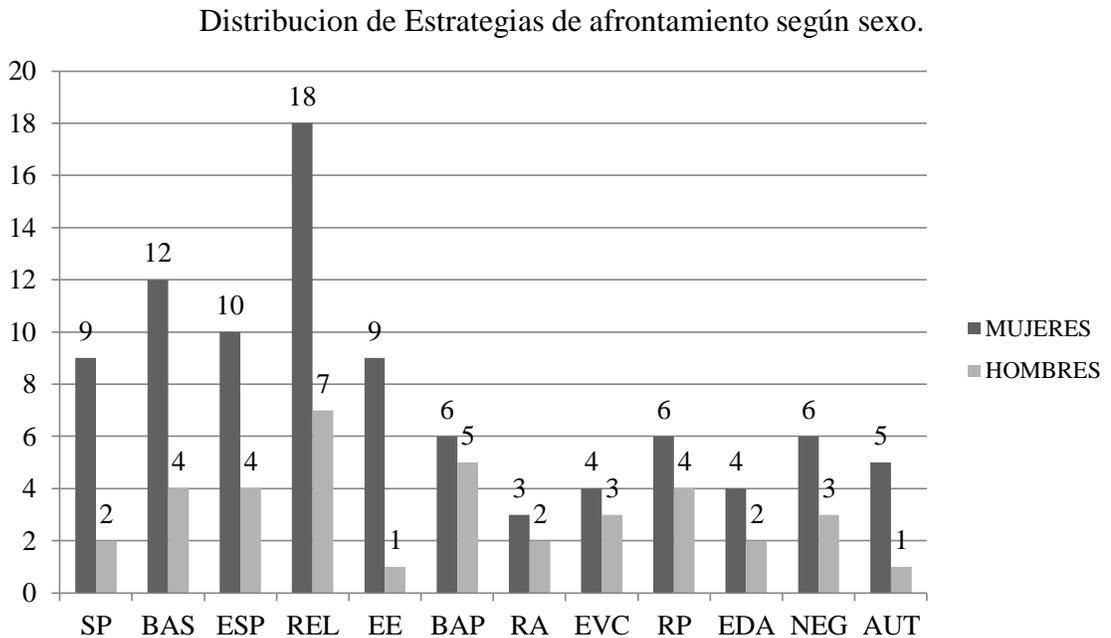


Figura 8. Correlación entre sexo y estrategias de afrontamiento.

De acuerdo con el sexo, en la figura 9 se encuentra que junto con las dimensiones de CV, son las mujeres quienes presentan mayor función física, salud general, rol físico, dolor corporal, vitalidad, función física y rol físico frente a los hombres y en cambio en la dimensión de salud mental las puntuaciones son similares entre mujeres y hombres.

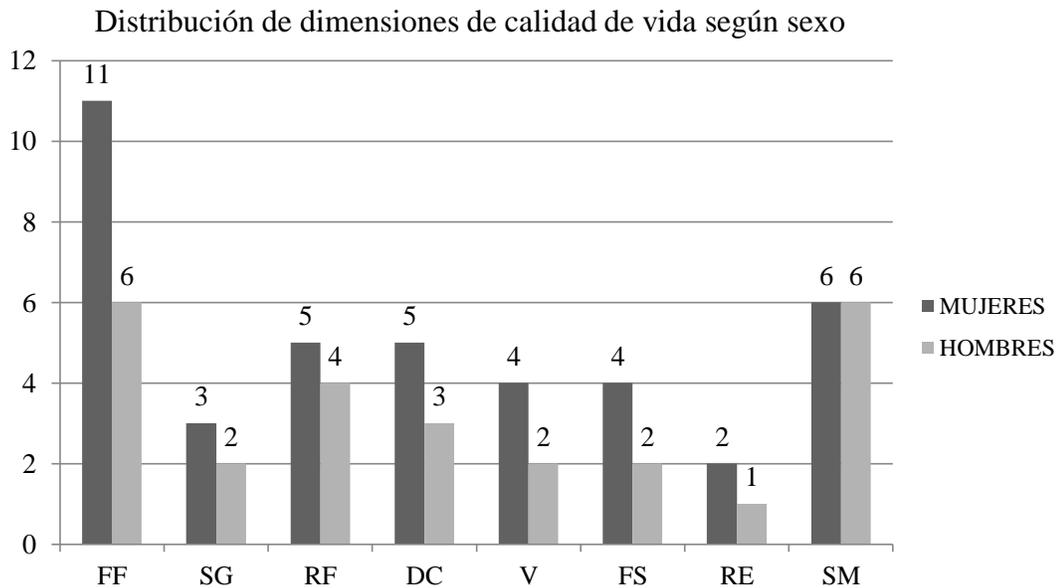


Figura 9. Relación entre sexo y calidad de vida relacionada con salud

#### ***Relación de edad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida***

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas para la edad de 35 años que representan los participantes con menor edad de la muestra son: evitación emocional, evitación cognitiva y reevaluación positiva; en cambio solución de problemas, religión y expresión de la dificultad del afrontamiento fueron las estrategias más aplicadas por las personas en edades de 53, 56, 58 y 65 años. En las estrategias como: espera, reacción agresiva y autonomía, se presentan en la mayoría de las edades de la muestra

Por otra parte, en cuanto a CV los participantes en edades de 53 a 65 años presentaron mejor puntuaciones en todas las dimensiones de calidad de vida, siendo las más significativas en salud general, función física y mejor salud general, función física y rol físico, por lo que se evidencia la presencia de mejor CV en estos rangos de edad.

#### ***.Relación entre estado civil y variables de estudio***

Las personas casadas que representan el 60% de la muestra utilizan con mayor frecuencia estrategias como la búsqueda de apoyo social, reacción emocional y el rol físico, siendo la búsqueda de apoyo profesional y religión las más empleadas, indicando que la aplicación de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sus

alternativas para enfrentarlo, así como el rezo y la oración como formas para tolerar el problema, son estrategias que permiten afrontar la enfermedad, generar soluciones y reducir su impacto.

Además se encontró que autonomía es la estrategia más utilizada en personas que han perdido a su pareja, mostrando que estas responden al problema buscando de manera independiente las soluciones. Frente a CV se encontró que son las personas casadas quienes se agrupan en mayor número en las diferentes dimensiones de CV siendo rol físico, dolor corporal, salud mental y función social las más empleadas, estableciendo que los problemas de la salud física interfieren con sus actividades diarias y su vida social.

### ***Tiempo de diagnóstico, estrategias de afrontamiento y calidad de vida***

Las estrategias como: solución de problemas, evitación cognitiva y autonomía se presentan en las personas con intervalos de tiempo de diagnóstico cortos como los dos años hasta las personas que tienen 15 años de ser diagnosticados con Diabetes tipo II, mientras que las personas que tienen tres años aproximadamente de ser diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II aplican todas las estrategias de afrontamiento y son estas las que presentan puntuaciones altas demostrando una buena CV en las dimensiones función física, dolor corporal y vitalidad.

La dimensión de salud general presentó mejores puntuaciones en las personas de dos años de diagnóstico. Las personas que tienen el diagnóstico desde hace un año presentan mejores puntuaciones en la dimensión de rol físico. Las personas con cuatro años desde su diagnóstico tienen mejor puntuación en rol emocional y transición de la salud.

En las dimensiones de CV como: función social, rol emocional y salud mental las personas con seis años desde su diagnóstico de diabetes presentaron las mejores puntuaciones.

Las personas con ocho años de diagnóstico de la enfermedad presentaron puntuaciones significativas en rol emocional.

### **Correlación entre las estrategias de afrontamiento**

En la tabla 4 se presenta la descripción estadística de la relación entre las mismas estrategias de afrontamiento, los valores son los encontrados en cada una de las correlaciones, estos presentan un asterisco cuando su correlación es significativa con un nivel de confianza 0.05

indicando un margen de error del 5% y dos asteriscos para un nivel de confianza de 0.01, para un margen de error del 1%.

Se presenta una relación alta entre solución de problemas y evitación cognitiva con un valor de ,611\*\*.

En la tabla 4 se presentan las correlaciones moderadas encontradas entre las estrategias de afrontamiento y su respectivo valor.

Tabla 4.

*Correlación entre las estrategias de afrontamiento*

Estrategias de Afrontamiento	Correlación con estrategia de	Valor.
<b>C</b>	afrontamiento	
<b>orre laci ón entr e las dim ensi ones de</b>	Espera	.547**
	Solución de problemas	.488**
	Expresión de la dificultad del	.421**
	afrontamiento	.455**
	Negación	.495**
		.459**
		.455**
		.474**
Autonomía	.482**	
<b>calidad de vida</b>		

En la tabla 5 se presentan las relaciones existentes entre las dimensiones de la CV.

Se presenta una relación alta entre Rol físico y Rol emocional con un valor de .664\*\*.

Se identifican las siguientes relaciones moderadas entre CVRS.

a) Función física presenta relación con rol emocional con ,405\*\* y con rol físico.

b) Rol físico se relaciona con función física con ,510\*\* y con Dolor corporal con un valor de .408\*\*.

Tabla 5.

*Correlación entre las dimensiones de Calidad de Vida*

		Función Física	Rol físico
Función Física	Correlación de Pearson	1	,510**
Rol Físico	Correlación de Pearson	,510**	1
Dolor Corporal	Correlación de Pearson	,317*	,408**
Rol Emocional	Correlación de Pearson	,405**	,664**

**Correlación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida**

En la tabla 6, se evidencian las relaciones moderadas entre las variables de estudio, y los valores de coeficiente, estas son:

- Función física presentó relación con apoyo social (.424\*\*), apoyo profesional (.456\*\*) y reevaluación positiva (.454\*\*).
- Dolor corporal tiene relación con evitación cognitiva (.528\*\*).

Tabla 6.

*Correlación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida*

		Estrategias de Afrontamiento			
		Apoyo social	Apoyo profesional	Evitación Cognitiva	Reevaluación Positiva
Calidad de vida	Función física	,424**	,456**	,156	,454**
	Dolor corporal	-,152	,084	,528**	,356*

**DISCUSION**

Teniendo en cuenta los resultados encontrados en la presente investigación, se rechaza la hipótesis nula que menciona: que no existe correlación entre estrategias de afrontamiento y CVRS en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, y se acepta hipótesis de trabajo que afirma la existencia de correlación entre estrategias de afrontamiento y CVRS relacionada con salud en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, de la FHSP.

Esta investigación muestra la existencia de correlación positiva entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de CVRS, autores como Arjona y Guerrero (2004, citado por Pantoja y Sañudo, 2010), afirman que el afrontamiento, hace parte de los recursos psicológicos del paciente, de tal manera que puede considerarse como una de las variables personales declaradas como intervinientes en los niveles de calidad de vida percibida. Es así como Badia y Lizán (2003, citado por Contreras, et al., 2007), afirman que la percepción de calidad de vida tiene que ver con la forma en que el paciente asume su condición, resultados similares fueron los encontrados en la presente investigación. Es decir que a mayor empleo de los recursos personales para asumir la enfermedad, teniendo en cuenta que estos son herramientas propias con las que cuenta el individuo, su utilización mejora la evaluación que este realice de sus limitaciones biológicas, psicológicas y sociales que le podría causar el vivir con diabetes mellitus tipo II, por lo tanto mejoraría su CV.

En este estudio se encontró correlaciones positivas moderadas, una de ellas es la de función física con apoyo social, apoyo profesional y reevaluación positiva. Lo que significa que es importante el papel de los profesionales en salud en la prevención de enfermedades crónicas, alivio del sufrimiento y contrarrestar los problemas laborales como la baja tasa de reincorporación de los pacientes al trabajo debido al carácter de las restricciones físicas que presentan, lo que afecta al individuo a nivel psicológico, social y económico (Kleinman, 1988, citado por Contreras, et al. 2007); así mismo, para muchos pacientes, el dolor constituye el eje central de sus vidas y reduce su existencia al circuito casa-farmacia-consulta, a medida que el paciente se aísla; las repercusiones laborales, familiares y sociales se acentúan por lo que el abordaje terapéutico precisa de la acción multidisciplinar para conseguir la reversión eficaz del síndrome establecido (Ruiz, 1995). Además, (Martínez y Torres, 2007) encontraron que las familias mejoran su relación después de un diagnóstico de diabetes de alguno de sus miembros y refuerzan positivamente las conductas adecuadas de la persona con diabetes, en especial en las acciones que involucran: el autocuidado, monitoreo, y el manejo de su tratamiento, es decir existe una reevaluación positiva por parte de la persona con diabetes de su enfermedad debido al apoyo social, por lo anterior, ha surgido el interés de los profesionales en el comportamiento de los miembros de la familia pues esto favorecen la adherencia al tratamiento.

De la misma forma, se encontró una correlación entre dolor corporal y evitación cognitiva, indicando que a mayor intensidad del dolor, mayor búsqueda de estrategias que busquen neutralizar los pensamientos negativos y perturbadores que permitan evitar el problema por medio de otros pensamientos o actividades, esto es validado por la teoría multidimensional del dolor de Cholz (1994), la cual coincide con los resultados encontrados, afirmando que existen diferentes procedimientos de intervención psicológica en el dolor, donde el fundamento de su eficacia terapéutica busca mitigar las connotaciones desagradables de la experiencia del dolor que afectan al componente motivacional de este, una de ellas es la distracción que consiste en un procedimiento que intenta reducir el componente emocional aversivo de la experiencia de dolor alejando el foco de atención a otros pensamientos neutrales ajenos a este evento.

Dentro de la investigación se realizó un análisis entre las mismas variables para medir la consistencia interna; para la variable estrategias de afrontamiento se encontró una correlación alta entre: solución de problemas y evitación cognitiva, aspecto validado por D'Zurilla, Nezu y Maydeu, (1997, citado por Garrido, Pacheco y Peña, 2011) que afirma que el estilo de evitación a los problemas, se caracteriza por aplazar la solución de estos posponiendo la decisión, y adoptando una posición de pasividad frente al mismo, percibiendo q la solución depende a causas externas a ellos

También, se encontró relaciones moderadas entre las mismas estrategias de afrontamiento, solución de problemas, correlacionó con las estrategias: espera y negación, lo que se corrobora con el estudio realizado por (McCracken, Goetsch y Semenchuck, 1998; Woby, Watson, Roach y Urmston, 2005, citado por Contreras, et al., 2007), donde las estrategias que implican distracción, rogar-esperar y negar se relacionan con elevados niveles de la intensidad del dolor, menor actividad física y mayores niveles de ansiedad lo que dificulta la búsqueda de solución de problemas, Contreras, et al. 2007 menciona que:

Una posible explicación de este hallazgo puede ser que cuando las personas perciben una interferencia importante de su condición de salud y consecuentemente se sienten menos vitales, acuden a sus creencias religiosas, como una vía de alivio que mejorará su situación y lo llevara a solucionar su problema, lo cual evidentemente es una estrategia pasiva en el que el sujeto asume que ha perdido el control sobre algunos aspectos importantes de su vida (p. 177).

Así mismo, la estrategia de expresión de la dificultad de afrontamiento correlacionó con evitación emocional y reacción agresiva, lo que significa que en algunas personas con enfermedades crónicas las expresiones más comunes son la sensación de falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo, la pérdida o disminución de motivaciones, la inquietud, ansiedad, la aprehensión, los trastornos del sueño y de los patrones nutricionales, la hostilidad, la labilidad emocional, las manifestaciones psicósomáticas, las dificultades en los procesos de reconstrucción de la imagen corporal, de la autoestima, en algunos procesos cognoscitivos, el aislamiento social, así como la pérdida del sentido de la vida, representando una dificultad de la expresión de afrontamiento lo que conlleva a la búsqueda de consulta especializada, donde aparecen matizadas de un sentido de minusvalía personal y social (Ledón, 2012).

Además, otra de las relaciones encontradas es la de negación con evitación cognitiva y reevaluación positiva, según Montejo (2009), algunos pacientes expresan sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad, así como estrés y culpabilidad asociados a las dificultades o resistencias para cambiar la forma habitual en la que realizan sus actividades, negación de la gravedad de la enfermedad, rechazo al tratamiento, depresión o dependencia, estos sentimientos pueden provocar la adopción de una actitud de descuido hacia su condición, lo que conlleva a descontrol en los niveles glucémicos, pues el estrés que experimenta la persona se convierte en un gran obstáculo para el manejo de su condición, provocando descontrol, lo que a su vez genera respuestas psicológicas negativas que exacerbaban aún más las consecuencias de la enfermedad llevándolo a la búsqueda de aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema lo que para Campos, Iraurgi, Páez y Velasco (2004), son aquellos intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo.

También; se encontró una relación entre la estrategia autonomía con reacción agresiva, evitación cognitiva y reevaluación positiva lo que se representa en el modelo de sentido común de representación de enfermedad, retomado por Letelier, Núñez y Rey (2011), el cual postula que cada paciente construye su propia forma de experimentar su enfermedad, incluyendo los aspectos cognitivos y emocionales manifestados en estilos pasivos o agresivos, los cuales determinan las estrategias de afrontamiento, en donde es esperable que los pacientes que optan

por estilos pasivos se aproximen a un estilo más evitativo que aproximativo, lo que explica una menor respuesta emocional hacia la enfermedad, ya que la evitación tiende a ser utilizada para evitar sentimientos negativos (Pastor, López & Rodríguez, 1993; Roth & Cohen, 1986, Citados por Letelier, Núñez, Rey, 2011) Para concluir, la evitación de las emociones que causa el tener enfermedad crónica resulta disfuncional y puede dificultar el tratamiento de la enfermedad (Hernández, Dobson, Caso, Gonzales, Epp, Arratibel, Wierzbicka, 2009).

En el análisis realizado entre las dimensiones de CVRS, se encontró una relación alta entre rol físico y rol emocional, la cual coincide con el estudio realizado por Romero et al., (2010), quien afirma que las personas con diabetes consideran afectado su rol emocional debido a que realizan menos de las actividades deseadas con sus amigos y familiares debido a problemas físicos y el requerimiento de tener mayor tiempo para seguir con su tratamiento.

De igual forma se encontraron relaciones moderadas entre función física con rol emocional y rol físico, lo cual evidencia que la mayoría de las personas con diabetes declaran que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo. Por tanto la percepción de los problemas relacionados al estado de salud física dificultan, limitan o interfieren la realización de actividades cotidianas o de la vida laboral (Abreu s,d, Romero, 2010). En el mismo estudio de Romero et al., (2010), las personas reportan resultados similares, perciben que realizaron menos actividades de las que solían realizar antes del diagnóstico, tienen dificultad en realizar actividades de la vida cotidiana y reducción o no realización de actividades. Otra de las relaciones encontradas fue entre la dimensión rol físico y dolor corporal, lo cual coincide con el estudio realizado por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), para quienes los síntomas de la enfermedad y el tratamiento se relacionan con las actividades diarias que requieren un esfuerzo físico moderado de los pacientes como salir de compras, hacer un paseo, llevar un bolsa pesada, ir al mercado o requerir ayuda para comer, asearse, vestirse, entre otras. El dolor como síntoma afecta la percepción de CV del paciente y las actividades psicosociales. Por otro lado, los síntomas de dolor causados directamente por la enfermedad e indirectamente por el tratamiento médico tienen alto impacto sobre otros síntomas asociados con la enfermedad.

Además en la presente investigación se encontró, que las estrategias más utilizadas por los participantes son: religión, apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, espera, negación, solución de problemas y apoyo social; por tanto una de las estrategias para las

personas con diabetes en el municipio de Pasto fue: la religión, al respecto Gónzales,(2004) afirma que en los adultos la religión es un soporte para su salud, debido a que en la etapa adulta se adquiere un amenazador sentido personal a la muerte, por lo que es necesario considerar en el estudio la relevancia de las creencias religiosas en la labor de los profesionales de la salud con sus consultantes, King y Dein (1998, citado por Gónzales, 2004). Se obtuvieron puntuaciones medias en las estrategias: evitación emocional, reevaluación positiva y expresión de la dificultad de afrontamiento, lo anterior evidencia que los pacientes con diabetes de la ciudad de Pasto emplearon en un 90 por ciento las estrategias de afrontamiento, lo que les permite hacerle frente su enfermedad. Similares resultados fueron encontrados por Silva y Agudelo (2011), donde las puntuaciones altas fueron en: religión, autonomía, expresión de la dificultad de afrontamiento y evitación cognitiva, lo cual indicó un empleo de estrategias pasivas en personas en rehabilitación cardiovascular. A diferencia de lo encontrado por Gómez, Galicia, Vargas, Martínez y Villarreal (2010), donde el 52% de sus participantes utilizaba la autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social, seguido por el 48% que aplicaban las estrategias: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional.

En cuanto a CVRS, se encontró que dimensiones como función física, función social, vitalidad y salud mental, presentan puntuaciones altas, indicando que las personas se encuentran poco limitadas en la realización de actividades físicas, se sienten llenos de energía y vitalidad, presentan un mayor control frente al grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social, así como la posibilidad de presentar ausencia de síntomas de depresión, ansiedad y otros. Por lo general en las investigaciones que se realizan de CVRS en personas con diabetes, los participantes reflejan una buena CV, aspecto sustentado por el estudio de Romero et al., (2010), donde se encontró que el 62,2% de los pacientes con diabetes presentan una buena CV, reflejado en las dimensiones de salud mental, rol emocional y vitalidad.

Los resultados encontrados frente a CV, se diferencian de los hallados por Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero (2006), donde las personas con diabetes, además de un peor estado general de salud y menos vitalidad, muestran puntuaciones inferiores en dos escalas físicas, función física y dolor corporal, la puntuación en la escala de salud mental es similar en individuos con y sin diabetes mellitus; los autores que han detectado puntuaciones menores en dicha escala entre las personas con diabetes lo han atribuido a la alta prevalencia de depresión en

estos pacientes. Por otra parte, mientras que en diversas poblaciones se ha descrito que la diabetes frecuentemente se asocia a una reducción de la vida social, con menores puntuaciones en la escala de función social, este estudio no ha revelado que la diabetes conlleve a un deterioro de los aspectos sociales de la CVRS.

En cuanto a las variables sociodemográficas de la muestra como sexo, edad y estado civil, presentan puntuaciones altas, de esta manera frente a la variable sexo se encuentra que son las mujeres quienes emplean más estrategias de afrontamiento y presentan puntuaciones altas en estrategias como religión, búsqueda de apoyo social y espera Ledón, Agramonte, Mendoza, Febrè, Hernández y Chirinos (2007), muestran resultados que apoyan estos hallazgos en donde el área considerada como fuente de apoyo más importante para los sujetos estudiados fue la familia, reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos, usualmente ejerce una función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, aunque dentro de sus funciones se podía incluir como aspecto importante el apoyo económico y material, sus roles más significativos fueron el acompañamiento afectivo, la comunicación y el incentivo para realizar los ajustes necesarios en aras de mejorar la salud, mientras los hombres tendían más a involucrar a sus parejas en su proceso de recuperación, para las mujeres, los hijos encarnaron la principal fuente de apoyo dentro de la familia y eran considerados como la motivación esencial para recuperar el sentido de la vida y las fortalezas necesarias para enfrentar la realidad modificada desde los diversos ámbitos, guiando hacia la recuperación de la salud física y emocional, las mujeres por lo tanto refieren más el uso de estrategias dirigidas a manejar la emoción, específicamente para atenuar o eliminar estados emocionales intensos como la ansiedad, la depresión y la irritabilidad, para ello realizaban actividades como el deporte, el trabajo, el autocontrol emocional, entre otras.

Frente a las dimensiones de CV, función física es la que más resalta entre mujeres, ya que estas hacen depender casi absolutamente la recuperación de la salud (física y psíquica) del tratamiento médico indicado, según sus elaboraciones, el tratamiento a la vez que incidía en la atenuación o desaparición de las manifestaciones de la enfermedad, de manera concomitante influía sobre la recuperación de las motivaciones, la seguridad, la esperanza, incluso, el propio sentido de la vida por ello percibir signos de recuperación de la imagen física previa influía positivamente en su dinámica psicoemocional, pues ello significaba recuperar una parte vital de

la identidad propia: la imagen corporal, la cual se veía quebrada profundamente por los cambios corporales causados por la enfermedad. Las mujeres y hombres utilizaron el acercamiento espiritual como estrategia, especialmente en los momentos más críticos del proceso de enfermedad. La figura de Dios se construía como autoridad, mediador y decisor de los destinos humanos; como la última esperanza en las circunstancias más intensas, donde las soluciones "terrenales" se mostraron impotentes. Estos comportamientos pueden incluirse dentro de la estrategia de resignación, que implica un estilo pasivo de afrontamiento, sin embargo, el acercamiento espiritual también incluía el cumplimiento activo de ciertos ritos para lograr el equilibrio espiritual, considerado como vital para recuperar la salud. De cualquier manera, lo que resultaba evidente era que las creencias religiosas también impregnan las experiencias de salud. Ledón et al., (2007)).

A diferencia de lo encontrado por Cárdenas, Pedraza, Lerma (2006), quienes encontraron que en general la CV no fue influenciada por características como la edad y el estado marital, los sujetos de sexo masculino percibieron una mejor CV que las mujeres. Sin embargo, las mujeres obtuvieron mayor satisfacción con el tratamiento; este hecho hace pensar en la existencia de ciertos rasgos específicos en la personalidad y en la conducta de enfrente ante la vida en las mujeres con diabetes.

Con respecto a edad, se encontró que las personas con 46, 53, 58 y 65 años presentaron puntuaciones altas en estrategias de afrontamiento como: solución de problemas, religión y expresión de la dificultad de afrontamiento, de igual forma para Otero, Zanetti y Teixeira (2007), se demostró que en los adultos con edad inferior a 65 años la diabetes representa un serio problema, pues al presentarse la enfermedad se genera un mal control metabólico y estas personas tienen que convivir durante muchos años con las co-morbilidades consecuencia de la misma, interfiriendo en su expectativa de vida lo que posiblemente provoca una búsqueda de estrategias de afrontamiento para mejorar su CV, las personas en edad adulta se enfrentan entonces a varios cambios que van desde los factores biológicos que incluyen la inactividad, los déficits sensoriales, los factores psicosociales como la insatisfacción con las actividades de la vida diaria, la inadaptación a la jubilación, pérdida de roles sociales, pérdida de familiares, amigos, hijos y cónyuge, los sentimientos de soledad, aislamiento y desarraigo social, la depresión y el deterioro cognitivo, los cuales amenazan con romper el equilibrio que representa la

salud y favorecen la aparición de la enfermedad convirtiéndose en factores de riesgo (Malagón, Brenes y Guevara, 2006).

En cuanto a estado civil la investigación muestra que las personas casadas utilizan estrategias de afrontamiento como apoyo profesional, apoyo social y reacción emocional, lo que concuerda con el estudio de Miyar, Zanetti y Souza (2007), donde la mayoría de sus participantes son casados, estos tienen la percepción de la enfermedad como un factor psicosocial que interfiere en la dinámica familiar, es así como familias organizadas y estructuradas brindan un ambiente más apropiado, como es el apoyo al cuidado del paciente con diabetes, lo cual influye en el comportamiento frente a la enfermedad, lo cual lo obliga a colaborar en su control metabólico junto a profesionales de la salud. A su mismo, se encontró que los participantes de esta investigación que han perdido a su pareja, la estrategia de afrontamiento más utilizada es autonomía, evidenciando que hay una tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas.

Según el tiempo del diagnóstico las estrategias como: solución de problemas, evitación cognitiva y autonomía se presentan en las personas con intervalos de tiempo de diagnóstico cortos como los dos años hasta las personas que llevan 15 años de ser diagnosticados con diabetes,; para Martínez, Camarero, Carrió y Bordón (2011), en los pacientes con diabetes predomina el estilo de afrontamiento centrado en el problema en ambos sexos, sin embargo, existe una fuerte relación de dependencia entre esta variable y el tiempo de evolución, evidenciando que en el período cercano al diagnóstico primaron las estrategias dirigidas a disminuir el grado de trastorno emocional y a medida que transcurrió el tiempo los pacientes con diabetes realizaron un cambio hacia el afrontamiento centrado en el problema, asumiendo de manera constructiva su respuesta a la enfermedad.

En cuanto a CV en la presente investigación, las personas con cuatro años desde su diagnóstico tienen mejor puntuación en rol emocional, las personas con tiempo de diagnóstico de tres años presentan puntuaciones altas demostrando una buena CV en las dimensiones función física, dolor corporal y vitalidad, las personas de dos años de diagnóstico presentan mayor puntuación en la dimensión de salud general y las personas que tienen el diagnóstico desde hace un año presentan mejores puntuaciones en la dimensión de rol físico, indicando que las personas con tiempos de diagnóstico cortos adoptan más las estrategias de afrontamiento y dimensiones de

CV, mostrando que los problemas relacionados con la limitación para hacer actividades físicas, como el dolor pueden reducir el sentimiento de energía y vitalidad, impidiéndoles realizar sus actividades de la vida diaria, lo que interfiere con su salud en general.

### **CONCLUSIONES**

La diabetes es considerada como un trastorno de etiología multifactorial es decir su origen, desarrollo y evolución son influenciadas por factores genéticos, ambientales y psicológicos. A su vez, esta enfermedad necesita cuidados permanentes debido a que es considerada un factor de riesgo para diversas enfermedades médicas, cambiando completamente el estilo de vida de las personas que la tienen ya que es una enfermedad crónica que necesita cuidados integrales. La investigación deja como aporte principal una base teórica que responde al vacío de conocimiento en cuanto a la relación calidad de vida y afrontamiento en las personas con diabetes mellitus tipo II, en esta población específica. Lo cual permitirá orientar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y el afrontamiento, con el propósito de atender las necesidades de la minoría de pacientes que evidencian un afrontamiento inadecuado y baja calidad de vida.

Evidenciándose que las personas con diabetes buscan disminuir el grado de limitación física para reincorporarse a sus actividades desde el aprendizaje de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema, como es el apoyo de su familia, amigos y profesionales de la salud. Además, las personas con esta enfermedad intentan disminuir la intensidad del dolor por medio de la distracción, para poder realizar sus actividades cotidianas.

Debido al impacto psicológico y físico que puede generar la diabetes, el curso de la enfermedad está relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento que las personas recurran para enfrentar complicaciones y problemáticas que afecten su CV. Encontrándose que la mayoría de las estrategias de afrontamiento son utilizadas por los participantes de la investigación presentando un nivel alto en estrategias como: religión, apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, espera, negación, solución de problemas y apoyo social.

Por tanto en la población se evidencia reacciones que les permitan disminuir la carga emocional que causa la enfermedad, además existe la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo, evitan pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades como el rezo y la oración que les ayuda a tolerar el problema,

pero encuentran una el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo gracias al apoyo percibido de sus familiares y amigos y la aplicación de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo.

Se encontró buena CV en las personas con diabetes, representada en las dimensiones: función física, función social, vitalidad y salud mental; esto indica que su grado de limitación para hacer actividades físicas no se ha visto afectado significativamente, de igual forma no se ha reducido de manera importante, el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en su vida social habitual, permaneciendo en ellos el sentimiento de energía y vitalidad, manteniendo a si su salud mental.

Los resultados de esta investigación permiten ampliar el conocimiento sobre el impacto psicológico de las personas con diabetes y como mejorar su adherencia al tratamiento, al ofrecer información e intervención sobre los recursos con los que cuentan para enfrentar la enfermedad y mejorar su CV, lo cual es gran importancia para fortalecer las propuestas teóricas en el campo de la psicología de la salud.

Los hallazgos del presente estudio, permiten a las nuevas generaciones de profesionales abrir nuevos contextos de intervención en el ámbito de la psicología de la salud, de manera que se formulen nuevas propuestas de intervención para las personas con diabetes.

### **Recomendaciones**

La diabetes por ser una enfermedad crónica y ser un factor de riesgo para complicaciones médicas presenta situaciones de reingreso en la FHSP, por lo que es fundamental que en las instituciones de salud se implementen estrategias de promoción de hábitos saludables, a su vez se pueden implementar programas que permitan la psicoeducación y el control de la enfermedad.

Se debe informar y entrenar a las personas con diabetes en la utilización de estrategias de afrontamiento que le permitan enfrentar adecuadamente los problemas relacionados con el desarrollo de la enfermedad y las complicaciones que se presenten, logrando una adecuada adherencia al tratamiento.

Las personas que tienen un diagnóstico menor a tres años, presentan dificultades para enfrentar la enfermedad, pues desconocen los cuidados y controles que deben tener, por lo que sería importante que reciban atención psicológica y médica, en la que se promuevan hábitos saludables y estrategias de afrontamiento que contribuyan a su salud mental, mejorando así su CV.

Uno de los factores protectores importantes para prevenir recaídas y complicaciones en la diabetes es la familia, reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos, usualmente ejerce una función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, aunque dentro de sus funciones se podía incluir como aspecto importante el apoyo económico y material, sus roles más significativos son el acompañamiento afectivo, la comunicación y el incentivo para realizar los ajustes necesarios en aras de mejorar la salud, por ello es necesario psicoeducar y enfatizar en los diferentes cuidados que deben tener con la persona con diabetes, además que estos pueden desarrollar la enfermedad.

Se deben llevar a cabo programas de intervención en los que se entrene a las personas con diabetes en el aumento de la utilización de estrategias de afrontamiento que le permitan tener una mejor CV, en especial las estrategias como: la búsqueda de apoyo social, apoyo profesional, evitación cognitiva y reevaluación positiva, ya que estas obtuvieron las correlaciones más altas con las dimensiones de CV.

Los resultados de esta investigación permiten ampliar el conocimiento sobre el impacto psicológico de las personas con diabetes, al ofrecer información sobre los recursos con los que cuentan para enfrentar la enfermedad y mejorar su CV, lo cual es gran importancia para fortalecer las propuestas teóricas en el campo de la psicología y generar intervenciones eficaces, en donde se deberá considerar las estrategias de afrontamiento y los aspectos emocionales de la actitud de los pacientes, así como la potenciación de sus redes sociales de apoyo. Es necesario diseñar intervenciones centradas en la comunidad con énfasis en las posibilidades y no en las limitaciones de la enfermedad para favorecer la percepción de control., una posible estrategia consiste en implementar mecanismos más dinámicos de consulta que contemplen la psicoeducación de los pacientes.

Es necesario realizar un trabajo interdisciplinar, en donde participen los diferentes profesionales de la salud; a partir de un trabajo integral que busque promover una mejor atención en salud, así como desarrollar estudios que describan la relación entre estrategias de afrontamiento y CV, ya que la enfermedad es un factor que interfiere con la calidad de vida.

### **Limitaciones**

Dadas las restricciones que se presentan en las instituciones de salud, las limitaciones del estudio estuvieron representadas por el corto tiempo de hospitalización de los participantes y la interrupción de la aplicación que se hacían en consulta externa debido a la no existencia de horarios de consulta que no permitía terminar con la aplicación de los instrumentos, ante lo cual se establece comunicación con el personal médico para conocer el momento oportuno para aplicar los cuestionarios, así como la revisión constante de la ficha de ingreso de pacientes con la enfermedad y el acercamiento previo que se establecía con estos pacientes antes de la aplicación.

## REFERENCIAS

- Álvarez, R. (1995). *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS aplicación a las ciencias de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S. A.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2006). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista de la Asociación Latinoamericana de diabetes*, 14, (4). Recuperado el día 18 de abril de 2012, de [http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD\\_DMTipo2\\_v3.pdf](http://www.revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf)
- Campos, M. Iraurgi, J, Páez, D y Velasco, C. (2004). *Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta análisis de 13 estudios*. Boletín de psicología No 82. Bilbao.
- Cárdenas, V., Pedraza C., Lerma, R. (2005). Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo II. *Redalyc*. 3, 351-357. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México Recuperado el 17 de mayo del 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/402/40280308.pdf>
- Choliz. (1994). *Psicología de la emoción*, tesis no publicada, Universidad de Valencia.
- Congreso de la Republica de Colombia. (2006). *Ley 1090 de 2006*.
- Contreras, f., Esguerra, G., Espinosa, J., & Gómez, V. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis, *Acta colombiana de psicología* 10 (2): 169-179. Recuperado el 20 de abril del 2012 de [http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15\\_169-179.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf).
- Delgado, L., & Hidalgo, G. (2011). *Efectos de un programa cognitivo comportamental sobre los niveles de estrés y glucemia en pacientes con Diabetes mellitus tipo II*, tesis no publicada, Universidad de Nariño, Colombia
- Díaz, V. (2006). *Metodología de la investigación científica y bioestadística para médicos*, ediciones Limusa. Paris, L. & Omar, A. Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y salud*, 19, 167-175
- Garrido,M., Pacheco, N. & Peña,L. (2011). El papel de la inteligencia emocional percibida en la resolución de problemas sociales en estudiantes adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. 22 (1): 69-79. Recuperado el 12 de febrero de 2014 de <http://www.uned.es/reop/pdfs/2011/22-1%20-%20Pena.pdf>

- Gaviria, A. Vinaccia, S., Riveros, M., y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico, *Revista psicológica del Caribe*; 9: Colombia, Recuperado el 3 de diciembre de 2013 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>
- Gómez S., Galicia L., Vargas E., Martínez L, y Villarreal E. (2010). Estrategias de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida, *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, (5)
- Gómez, Albiñana, Belenger y Navarro. (2008). Calidad de vida y grado de control en diabéticos tipo 2 Atendidos en atención primaria. Programa de Apoyo a las Iniciativas en Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés, Recuperado el 29 de abril del 2012 de <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/calidad-vida-grado-control-diabeticos-tipo-2-13135799-originales-2009>
- Gonzales, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el Proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7; 2,19-29. Recuperado el 3 de marzo de 2014 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
- Gross, R. (2005). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: Editorial Manual Moderno.
- Guerrero, A., Londoño., L. (2008). *Asociación existente entre los niveles de Fobia Social y los niveles de las Estrategias de Afrontamiento presentados por los Estudiantes matriculados a primer semestre del periodo B de 2007 de la Universidad de Nariño*, tesis no publicada, Universidad de Nariño, Colombia.
- Hernández L., Dobson, K., Caso, J., Gonzales, M., Epp, A., Arratibel, L., et al. (2009). La versión en español de la Escala Cognitivo-Conductual de Evitación (CBAS), *revista latinoamericana de psicología*, 41 (1) Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia recuperado el 27 de marzo del 2013 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492007>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

- Hervás, A., Zabaleta, A., Miguel, G., Beldarrain, O., & Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 30, Navarra, España. Recuperado el 17 de mayo de 2012 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000100005&script=sci_arttext)
- Huffman, K. (2008). *Psicología en acción*. México: Ediciones Limusa.
- Lazarus, K. & Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Rocca
- Ledón, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad, Instituto Nacional de Endocrinología. *Revista cubana de endocrinología*, 1 (23), Cuba. Recuperado el 2 de abril de 2013 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532012000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532012000100007&script=sci_arttext)
- Ledón, L., Agramonte, A., Mendoza, M., Febrè, B., Hernández, J., & Chirinos, J. (2007). Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas, Instituto Nacional de Endocrinología, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" (HNGAI).
- Letelier, C., Núñez, D., Rey, R. (2011). Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 Basada en sus Representaciones de Enfermedad, *Psyche*, 20 (2), Universidad de Talca. Recuperado el 14 de abril de 2013 de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282011000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282011000200010&script=sci_arttext)
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327 -349. Recuperado el 11 de abril de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64750210>
- Lugo L., García H., Gómez C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia, *Revista Facultad nacional de Salud Pública*, 24 (2), 37-50. Recuperado el 12 de abril de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12024205>

- Malagón, Y., Brenes, L & Guevara, A. (2006). Los factores de riesgo en el ciclo vital y su influencia en el proceso salud-enfermedad. Fundamento filosófico e intervención, *Geroinfo. Publicación de gerontología y geriatría*
- Martínez, B., & Torres, L. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud, 17*; 002, 229-241. Recuperado el 9 de marzo de 2014 de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117207.pdf>.
- Mena, F., Martín, J., Simal, F., Bellido, J., y Carretero, J. (2006). Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega, *anales de medicina interna, 23*(8). Recuperado el 10 de diciembre de 2013 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v23n8/original1.pdf>
- Ministerio de la protección social. (2006). Ley número 1090 de 2006: Código Deontológico y Bioético. Recuperado 9 de marzo 2014 de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Montejo, M. (2009). *Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social: correlación con el modelo de Wallston*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Veracruzana Instituto de Salud Pública, Veracruz, México.
- Novoa, M., Morales, A., Osorio, A., y Vargas, R. (2008). Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil: *Revista Colombiana de Psicología, 17*. Universidad Nacional de Colombia, Recuperado el 16 de abril de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80411803002>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (2<sup>a</sup>. ed.). México: Thomson Editores. *odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud*. Chile: Ediciones Ril.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, Recuperado el 18 de abril de 2012 de <http://www.meddics.com/descargas/endocrinologia/guias-alad-de-diagnostico-control-y-tratamiento-de-diabetes-mellitus-tipo-2.html>
- Ortiz, F. (2004). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. Balderas:

- Otero, L., Zanetti, M., &Teixeira, C. (2007). Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. *Revista latinoamericana de enfermería*. 15. 768-773. Recuperado el 3 de mayo de 2013 de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700009>
- Otero, L., Zanetti,M., Teixeira, C. (2007). Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud, *Revista latinoamericana de enfermería*, 15. Recuperado el 23 de diciembre de 2013 de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_08.pdf)
- Pantoja, A., & Sañudo, P. (2011). *Relación entre Afrontamiento y Calidad de Vida según el estadio del Cáncer, en pacientes que asisten a la Unidad Oncológica de La I.P.S Cooemssanar en el Municipio de Pasto*, tesis no publicada, Universidad de Nariño, Colombia.
- Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, et al. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el Manejo de la Diabetes Mellitus: *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*. 23 (1). Recuperado el 12 de abril de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55923103>
- Romero, E., Acosta, S., Carmona, I., Jaimes A., Masco, M., Áez, A., y Vega, C. (2010). Calidad de vida de personas con diabetes Mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia. *Revista ciencias biomédicas*. 1 (2). Recuperado el 16 de mayo de 2012 de <http://unicartagena.edu.co/medicina/09%20calidad%20de%20vida%20diabetes.pdf>
- Ruiz, R.. (1995). Dolor crónico de origen no Oncológico, Clínica del Dolor de Barcelona, *revista clínica española*, 195 (1). Recuperado el 28 de marzo de 2013 desde <http://www.clinicadeldolor.com/pdf/croniconooncologico.pdf>.
- Silva, C & Agudelo., D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta colombiana de psicología*, 14 (1) Recuperado el 5 de diciembre de 2013 de [http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23\\_6882\\_v14n1-art4.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_6882_v14n1-art4.pdf).
- Toro, I. & Parra, D. (2006). *Método y conocimiento: Metodología de la investigación: investigación cualitativa/investigación cuantitativa*. Medellín: Editorial Rafael.

Villalobos, F. (2007). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Revista centro de estudios en salud, 1*, 126-141.

Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psycologia. Avances de la disciplina. 6* (1), 123-136. Universidad de San Buenaventura, Bogotá.

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado



\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2013

Yo \_\_\_\_\_ acepto mi participación en la investigación denominada, Relación Entre Afrontamiento Y Calidad De Vida En Salud En Personas Con Diabetes Mellitus Tipo II Del Hospital San Pedro, desarrollado por las investigadoras; Marcela Mireya Ibarra Hernández C.C. 1.085.918.855 y Leidy Johana León Bolaños con C.C. 1.085.276.617, bajo la supervisión de los magisters, asesores de tesis y docentes de la Universidad de Nariño, Adriana Perugache y Omar Calvache.

Declaro que he leído o (se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la investigación, el procedimiento, los participantes, límites y riesgos que conlleva esta investigación.

Se me ha informado que este estudio esta guiado en los aspectos éticos planteados para la investigación en seres Humanos (Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Artículo 2 Disposiciones generales, numeral 10: investigación con seres humanos) y que no presenta riesgos asociados ni beneficios directos a los participantes.

He recibido asesoría (actividad realizada por las investigadoras) para entender el contenido de la investigación y aclarar mis dudas frente a el conocimiento de la misma.

Entiendo que la participación en la investigación es voluntaria y que puedo retirarme informándole a las investigadoras, fui informado (a) de las medidas que se tomaran con respecto a la confidencialidad de la información.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que da el consentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_

Cedula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador que realizo la asesoría

Nombre: \_\_\_\_\_

Cedula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## Anexo 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)



Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L.,  
Arango D., Aguirre, D. C.

### Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1                      2                      3                      4                      5                      6  
Nunca              Casi nunca              A veces              Frecuentemente              Casi siempre              Siempre

	↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3. Procuo no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4. Descargo mi mal humor con los demás	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
7. Procuo conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8. Asisto a la iglesia	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9. Espero que la solución llegue sola	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
11. Procuo guardar para mí los sentimientos	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13. Intento sacar algo positivo del	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

problema													
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
29. Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
30. Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
32. Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
36. Rezo	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
41. Inhibo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
42. Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
43. Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
44. Me salgo de casillas	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
52. Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
57. Procuo que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
59. Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
60. Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
62. Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
64. Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
69. Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12



### Anexo 3. Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión 1.2



*Instrucciones:* las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor

Conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, ¿diría usted que su salud es: (marque un solo número.)

- Excelente? .....1  
 Muy buena?.....2  
 Buena?.....3  
 Regular?.....4  
 Mala? .....5

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año? (Marque un solo número.)

- Mucho mejor ahora que hace un año.....1  
 Algo mejor ahora que hace un año.....2  
 Más o menos igual ahora que hace un año.....3  
 Algo peor ahora que hace un año ..... 4  
 Mucho peor ahora que hace un año.....5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

(Marque un número en cada línea.)

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de compras	1	2	3
d. Subir varios pisos por las escaleras	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro (10 cuadras)	1	2	3
h. Caminar medio kilómetro (5 cuadras)	1	2	3

- i. Caminar cien metros (1 cuadra) 1 2 3
- j. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? 1 2 3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?  
(Marque un número en cada línea.)

	SI	No
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?  
(Marque un número en cada línea.)

- a. ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?
- b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?
- c. ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?

I	NO

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?

(Marque un solo número.)

- Nada en absoluto..... 1
- Ligeramente..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremadamente..... 5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?  
(Marque un solo número.)

- Ninguno..... 1
- Muy poco..... 2
- Poco..... 3

Moderado..... 4

Mucho..... 5

Muchísimo..... 6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

(Marque un solo número.)

Nada en absoluto.....1

Un poco.....2

Moderadamente.....3

Bastante.....4

Extremadamente.....5

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas...

(Marque un número en cada línea.)

	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Casi Nunca	Nunca
a. ¿Se ha sentido lleno/a de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Ha estado muy nervioso/a?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ¿Se ha sentido desanimado/a y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ¿Se ha sentido agotado/a?	1	2	3	4	5	6
h. ¿Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ¿Se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

(Marque un solo número.)

Siempre..... 1

- Casi siempre..... 2  
 Algunas veces..... 3  
 Casi nunca..... 4  
 Nunca..... 5

11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones?  
 (Marque un número en cada línea.)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante Falsa	Totalmente falsa
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano/a como cualquiera.	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

**Anexo 4. Autorización aplicación de la investigación en la Fundación Hospital San Pedro**



CP 041  
Coordinación de Prácticas  
Programa de Psicología

San Juan de Pasto, Mayo 31 de 2013

Doctora:  
**ENMA GUERRA NIETO**  
Gerente  
Fundación Hospital San Pedro  
Pasto

Vobo  
EGG  
Gerencia  
(II Ps, te).

Cordial Saludo.

En atención a la solicitud presentada por las estudiantes en práctica, Marcela Mireya Ibarra Hernández identificada con cédula 1.085.918.855 de Ipiales con Código 28102223 y Leidy Johana León Bolaños identificada con cédula 1.085.276.617 de Pasto, código 28102244 de la Unidad de Psicología del Hospital San Pedro, que se encuentran desarrollando el trabajo de grado denominado "Relación entre estrategias de Afrontamiento y Calidad de vida relacionada con Salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital San Pedro", damos a conocer a usted, que este, ya ha sido revisado previamente y socializado ante los jurados, con el fin de solicitar su autorización para que las estudiantes puedan llevar a cabo el programa de intervención desde el mes de Junio del presente año en las instalaciones del Hospital. (Ver anexo del proyecto)

Es por tanto, para nosotros de gran importancia y pertinencia que este tipo de procesos se desarrollen en el marco de la Práctica Profesional, generando mayor conocimiento de los contextos además de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad de su Institución.

Agradecemos su atención y estamos atentas a su favorable respuesta.

Atentamente,

**María Fernanda Figueroa Peña**  
Coordinadora de Prácticas  
Programa de Psicología  
Universidad de Nariño

Stamp: FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO  
Handwritten signature: EGG  
Date: 7-6-13  
Time: 2:50pm

Handwritten signature: EGG  
Handwritten text: ORIOB/C