

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

El afrontamiento de la diabetes tipo 2 y su relación con las prácticas de autocuidado.

Azzollini, Susana Celeste, Bail Pupko, Vera y Vidal, Victoria Alejandra.

Cita:

Azzollini, Susana Celeste, Bail Pupko, Vera y Vidal, Victoria Alejandra (2011). *El afrontamiento de la diabetes tipo 2 y su relación con las prácticas de autocuidado. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/279>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/KW3>

EL AFRONTAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Azzollini, Susana Celeste; Bail Pupko, Vera; Vidal, Victoria Alejandra

UBACyT, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio correlacional con el objetivo de determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado, según el nivel sociocultural de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurrían a hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. A una muestra probabilística al azar sistemático de 330 pacientes se le aplicó una serie de instrumentos: un cuestionario de datos personales y una escala de frecuencias de prácticas de autocuidado (ambos elaborados ad hoc) y el inventario de valoración y afrontamiento de Miguel Tobal y Cano Vindel (2001) validado por Leibovich de Figueiroa (2002). Los datos fueron analizados estadísticamente con el software Spss. Los resultados muestran que las personas que valoran la situación como desafío presentan un mayor cumplimiento de las pautas de autocuidado. Además, todos los afrontamientos activos correlacionan positivamente con las diferentes prácticas de autocuidado, mientras que el afrontamiento pasivo y el evitativo correlacionan negativamente con una o más de ellas. Quienes poseen un nivel sociocultural medio-alto tienen mayor probabilidad de valorar la situación como desafío y, por tanto, de adherir más a los tratamientos.

Palabras clave

Afrontamiento Autocuidado Diabetes Sociocultural

ABSTRACT

COPING STRATEGIES AND SELF-CARE

BEHAVIORS IN PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2

We carried out a correlational study aimed to determine the relation that exists between coping strategies and self-care practices in patients with diabetes type 2 according to their socio-cultural level. We selected a random probabilistic sample of 330 patients that concurred to public hospitals of Buenos Aires City. We applied them the following instruments: a personal data questionnaire and a frequency scale about self-care practices (both elaborated ad hoc) and the style of coping inventory by Miguel Tobal and Cano Vindel (2001) validated by Leibovich de Figueiroa (2002). Data was analyzed statistically with Spss version 11.5 software. Results show that people who value the situation as a challenge present a greater fulfillment of medical indications. In addition, all the active coping strategies correlate positively with the different self-care practices, whereas the passive and avoider ways of coping correlate negatively with one or more of them. Those who have an upper

middle socio-cultural level have a greater probability of valuing the situation as challenge and, therefore, of a better adhesion to the treatments.

Key words

Coping Self-care Diabetes Socio-cultural

I. Introducción:

En la actualidad, la diabetes es uno de los problemas de salud más frecuentes e importantes debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias generadas por su tratamiento y por las complicaciones degenerativas asociadas (ceguera, nefropatías, cardiopatías, etc.). El incremento en las sociedades ricas ha sido notable (Fernández y Pérez Álvarez, 1996) y junto a factores demográficos, este crecimiento refleja la estrecha relación entre diabetes y estilo de vida.

Desde un punto de vista psicosocial, la diabetes tipo 2 es considerada como una enfermedad de curso progresivo lento no fatal y no incapacitante. Desde un punto de vista médico, se la ha clasificado como una pandemia y es una enfermedad endocrina y metabólica crónica que se caracteriza por una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina, que consiste en aumentar la captación de la glucosa en los músculos y el tejido adiposo (OPS, 2003).

La prevalencia de la diabetes en el mundo para todas las edades está estimada en 4.4% para el 2030. El cambio demográfico en la prevalencia de la diabetes parece ser el incremento en la proporción dentro de la población de 65 años (Wild et al., 2004).

Aunque es una enfermedad que no se puede curar, es posible controlarla y como consecuencia de esto, reducir las complicaciones degenerativas a largo plazo. La diabetes tipo 2, se presenta por lo general después de los treinta años y se asocia con obesidad. Por lo tanto, el tratamiento incluye: pérdida de peso, control de la dieta, y en ocasiones hipoglucemiantes y/o insulina. El éxito del tratamiento y la prevención de complicaciones dependen de la adhesión que el paciente tenga al mismo. Para esto, es necesaria la adquisición de una serie de habilidades con distinto grado de complejidad, y la mayoría de las veces modificar antiguos hábitos. Según Fernández y Pérez Álvarez (1996) sólo entre un 7% y un 20% de los pacientes cumple con el seguimiento de las prescripciones, mientras que un 75% incumple su dieta y un 80% comete errores en la administración de insulina (Surwit, Feinglos y Scovorn, 1983). Esto implica que

afrontan la enfermedad de una manera poco efectiva. Las estrategias de afrontamiento son definidas por Lazarus y Folkman (1986) como un proceso que involucra aspectos cognitivos y comportamentales que el individuo desarrolla frente a demandas específicas internas y/o externas. La persona evalúa la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente) y procede a desarrollar estrategias para la resolución de los problemas. Dichas estrategias de afrontamiento pueden ser: cognitiva dirigida a la situación, cognitiva dirigida a la emoción, conductual motora dirigida a la situación, conductual motora dirigida a la emoción, simple pasividad o, evitación (Cano Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Entonces, dado que, el tratamiento de la diabetes requiere de la participación activa del paciente, que debe aprender habilidades con mayor o menor grado de complejidad (manipulación de jeringas, confección de menús), resulta razonable suponer que las estrategias de afrontamiento empleadas favorecerán u obstaculizarán la adhesión al tratamiento que, por lo general, exige cambiar hábitos y rutinas ya establecidas, como por ejemplo en la alimentación y los ejercicios. La adhesión al tratamiento implica tomar decisiones en forma continua sobre la dosis de insulina, los alimentos y el ejercicio, según los niveles glucémicos (Fernández y Pérez Alvarez, 1996).

La no adhesión, además de suponer que los pacientes no mejoran, trae aparejado un alto costo económico: medicamentos que se utilizan pero no se consumen, agravamiento de dolencias por la falta de tratamiento y hospitalizaciones evitables. Otras formas de incumplimiento son: no consumir la dosis indicada y la automedicación. Por otra parte, Labrador y Castro (1987) señalan que la no adherencia a los tratamientos hace difícil evaluar la eficacia de los mismos.

Los factores que afectan la adhesión parecen relacionarse con las características del tratamiento (Dunbar y Stunkard, 1980) y variables del contexto clínico. La complejidad del tratamiento contribuye a facilitar errores. Cuando se presentan síntomas desagradables, un rápido alivio aumenta la adhesión. Cuando las recomendaciones son de tipo profiláctico, y no hay síntomas, la adhesión es baja (Hayes et al., 2007). Por otra parte, los sujetos insatisfechos con la atención médica tienen mayores posibilidades de no cumplir con los tratamientos. Contribuye también a la falta de adhesión las diferencias entre el modelo explicativo de la enfermedad que tenga el paciente con el que tenga el terapeuta (Rosentock, 1974, 1985).

Diversas investigaciones (Amigó, 1998; Díaz, 1993) señalan que la mayoría de los diabéticos pese a conocer las pautas de tratamiento tienen dificultades para seguirlo ininterrumpidamente en relación a: prácticas de ejercicio físico, autoanálisis de glucosa, cumplimiento de dieta (Rubio Llorente, 2003), lo cual evidencia que no se trata sólo de abarcar el componente cognoscitivo. De hecho, hay que destacar la importancia del aspecto emocional para afrontar la cronicidad y la aceptación de

un nuevo estilo de vida, de un modo radicalmente diferente del planificado o esperado con anterioridad al diagnóstico (Gordon & Benishek, 1996).

Asimismo, es necesario tener presente que la pertenencia a determinado grupo (ej: sociocultural) marca la construcción de diferentes discursos compartidos, diversas representaciones, que se asientan sobre creencias normativas y valores fuertemente asentados en esos submundos culturales y que se transmiten en el proceso de socialización. El nivel de educación alcanzado marca una diferencia notable en cuanto al tipo y precisión de la representación de la enfermedad. La mayor educación, ligada a la pertenencia a grupos de mayor nivel socioeconómico, provee, asimismo, recursos de afrontamiento más diversificados que evidencian las mayores opciones que se poseen y que favorecen una situación de mayor bienestar frente a una situación disruptiva y la posibilidad de una autorreflexión más profunda (Seidmann et al., 2002).

II. Objetivo: Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con diabetes tipo 2, según su nivel sociocultural.

III. Metodología:

Tipo de estudio: correlacional de corte transversal.

Sujetos y muestra: 330 pacientes de entre 40 y 80 años con diagnóstico médico de diabetes tipo 2 que concurrieron a consultorios externos de Nutrición y Diabetología de los hospitales Ramos Mejía, Tornú, Pirovano y Durand durante el año 2010, y que fueron seleccionados a través de un muestreo probabilístico sistemático al azar. En función de una población estimada de 2.730 pacientes, el nivel de confianza fue de 95% y el nivel de error de +/- 5%.

Técnicas e instrumentos: Se administraron los siguientes instrumentos: un cuestionario de datos personales y una escala de frecuencias de prácticas de autocuidado (ambos elaborados *ad hoc*) y un instrumento estandarizado, el inventario de valoración y afrontamiento de Miguel Tobal y Cano Vindel (2001) validado por Leibovich de Figueroa (2002). Para su administración, los instrumentos fueron contrabalanceados. Antes de ser aplicados al estudio definitivo los instrumentos fueron sometidos a análisis de validez y confiabilidad en el contexto de un estudio piloto. Los análisis de validez incluyeron: validez de contenido y de constructo (convergente y discriminante). El análisis de confiabilidad se realizó a través del método de división por mitades.

Análisis de datos: Los datos se analizaron, con el soporte técnico del software Spss 11.5, a través de estadística descriptiva e inferencial, según el nivel de medición de las variables. En todos los casos se consideró estadísticamente significativo un error a menor al 5% ($p < 0.05$).

IV. Resultados:

La mayoría de los pacientes entrevistados tenía estu-

dios primarios o secundarios, vivían con su pareja con o sin hijos y eran jubilados o pensionados con trabajos precarios o empleos con poca calificación en los que realizaban tareas físicas livianas. Si bien la mayoría dijo tener disponibilidad de dinero para viáticos, medicamentos y alimentos para la dieta indicada, carecían de recursos para recreación.

En la tabla se observa que las personas que valoran la situación como desafío presentan un mayor cumplimiento de las prácticas de autocuidado en general ($r=.37$) y, de manera específica, en cuanto a dieta ($r = .25$), a medicación y autoexámenes ($r=.23$), a ejercicios físicos ($r = .30$) y a cuidado de los pies (.24). En cambio, valorar la situación como una amenaza no correlaciona con una mayor adhesión a los tratamientos. Asimismo, valorar la situación como irrelevante no favorece la realización de prácticas de autocuidado, obviamente porque no se visualiza la necesidad de prevenir complicaciones.

En cuanto al tipo de afrontamiento, en línea general, todos los afrontamientos activos correlacionan positiva y significativamente con las diferentes prácticas de autocuidado: contrariamente, los afrontamientos pasivo y evitativo correlacionan inversamente con una o más de ellas; aún cuando -en algunos casos- los coeficientes son menores a .25 y resultan de difícil interpretación.

En otros términos, valorar la situación como desafío y afrontarla activamente es lo que favorece una mayor adherencia a las pautas de tratamiento que pueden prevenir las complicaciones de corto y largo plazo.

Un nivel sociocultural medio alto favorece la valoración de la situación como desafío ($F= 3,235$ y $p<0.05$) por contar -obviamente- con mayores recursos para afrontarla; en tanto que uno bajo favorece una valoración de la situación como irrelevante ($F= 3,432$ y $p<0.05$) con el riesgo de actuar en consecuencia.

Asimismo, las personas con un nivel sociocultural medio alto tienden en mayor medida (media 17,60) que las de nivel medio o bajo (medias: 15,77 y 15,42, respectivamente) a utilizar una afrontamiento conductual motor dirigido a la situación ($F = 3,405$ y $p<0.05$) Inversamente, las personas con un nivel sociocultural bajo o medio tienden a usar más un afrontamiento de tipo pasivo ($F= 4,234$ y $p<0.05$) o evitativo ($F= 9,760$ y $p<0.001$).

Si bien la variabilidad de las prácticas de autocuidado en general se explica por el nivel sociocultural de los pacientes siendo los de nivel medio-alto (media: 49,05) los que mejor adhieren a los tratamientos, seguidos por los de nivel medio (media: 45,72) y siendo los de nivel bajo (media: 43,21) los que menor cantidad de conductas apropiadas realizan ($F= 5,783$ y $p<0.01$); a nivel específico sólo la dimensión "ejercicios físicos" presenta diferencias estadísticamente significativas en relación con el nivel sociocultural ($F= 6,061$ y $p<0.001$) a favor de los niveles medio-alto (media: 9,75) y medio (media: 7,52).

V. Discusión:

Los resultados muestran que las personas que valoran la situación como desafío presentan un mayor cumplimiento de las pautas de autocuidado en general y, de manera específica, en cuanto a dieta, a medicación y autoexámenes, a ejercicios físicos y a cuidados de los pies. Además, todos los afrontamientos activos correlacionan positivamente con las diferentes prácticas de autocuidado, mientras que el afrontamiento pasivo y el evitativo correlacionan negativamente con una o más de ellas.

Y dado que las personas con un nivel sociocultural medio-alto tienen mayor probabilidad de valorar la situación como desafío, mientras que los que tienen un nivel sociocultural bajo tienen más probabilidad de valorar la situación como irrelevante y utilizar afrontamientos de tipo pasivo o evitativo; obviamente, cuanto mayor es el nivel sociocultural mayor es la realización de prácticas de autocuidado, en general y de ejercicios físicos, en particular. Estos resultados muestran la influencia de los recursos de afrontamiento que incluyen elementos y capacidades tanto internos como externos con los que cuenta la persona: elementos físicos, biológicos, psicosociales, culturales y sociales (Lazarus y Folkman, 1986). Además, resultan congruentes con los hallazgos de Marks y cols (2008) quienes encontraron que un más elevado nivel sociocultural se corresponde con un mayor apoyo social, el cual tiene un efecto mediador sobre la relación entre el estrés y al enfermedad.

Tabla I- Resultados de los análisis de correlación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y las prácticas de autocuidado realizadas habitualmente.

		Valoración de la situación como amenaza	Valoración de la situación como desafío	Valoración de la situación como irrelevante	Afrontamiento cognitivo dirigido a la situación	Afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción	Afrontamiento conductual motor dirigido a la situación	Afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción	Afrontamiento pasivo	Afrontamiento evitativo
Dieta	Correlación de Pearson Sig (2-tailed) N	,056 ,308 330	,253** ,000 329	-,058 ,293 327	,163** ,003 327	,233** ,000 327	,329** ,000 325	,333** ,000 327	-,005 ,927 327	-,206** ,000 327
Medicación y autoexámenes	Correlación de Pearson Sig (2-tailed) N	,031 ,575 330	,232** ,000 329	-,069 ,215 327	,126* ,022 327	,160** ,004 327	,227** ,000 325	,203** ,000 327	,070 ,208 327	-,117* ,034 327
Ejercicios físicos	Correlación de Pearson Sig (2-tailed) N	,032 ,561 329	,300** ,000 328	,042 ,446 326	,236** ,000 326	,323** ,000 326	,344** ,000 324	,355** ,000 326	-,114 ,040 326	-,211** ,000 326
Cuidado de los pies	Correlación de Pearson Sig (2-tailed) N	,114* ,038 330	,236 ,000 329	-,029 ,599 327	,160** ,004 327	,284** ,000 327	,342** ,000 325	,386** ,000 327	-,006 ,908 327	-,124* ,025 327
Prácticas de autocuidado	Correlación de Pearson Sig (2-tailed) N	,081 ,141 329	,367** ,000 328	-,019 ,735 326	,256** ,000 326	,373** ,000 326	,451** ,000 324	,468** ,000 326	-,044 ,424 326	-,250** ,000 326

** Significativo a 0.01 y * Significativo a 0.05

Tabla II. Resultados del análisis de varianza Anova de las estrategias de afrontamiento, según el nivel sociocultural de los pacientes.

Estrategias de afrontamiento	Nivel sociocultural	Media	Desvío Standard	F	Sig.	Eta ²
Valoración de la situación como amenaza	Bajo	12,57	4,548	2,288	.103	,014
	Medio	12,16	3,964			
	Medio alto	14,50	3,720			
Valoración de la situación como desafío	Bajo	14,09	4,318	3,235	.041	,019
	Medio	14,86	4,367			
	Medio alto	16,40	3,575			
Valoración de la situación como irrelevante	Bajo	5,39	2,889	3,432	.034	,021
	Medio	4,45	2,760			
	Medio alto	4,75	1,832			
Afrontamiento cognitivo dirigido a la situación	Bajo	15,97	4,426	0,055	.945	,000
	Medio	16,10	4,213			
	Medio alto	16,25	4,011			
Afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción	Bajo	17,29	4,260	1,930	.147	,012
	Medio	18,35	3,828			
	Medio alto	18	4,845			
Afrontamiento conductual motor dirigido a la situación	Bajo	15,42	3,677	3,405	.034	.021
	Medio	15,77	3,331			
	Medio alto	17,60	4,018			
Afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción	Bajo	16,23	4,501	2,592	.076	,016
	Medio	17,04	3,792			
	Medio alto	16,20	4,225			
Afrontamiento pasivo	Bajo	4,49	2,068	4,234	.015	,025
	Medio	4,13	2,520			
	Medio alto	3,10	1,619			
Afrontamiento evitativo	Bajo	1,55	1,178	9,760	.000	,057
	Medio	1,03	1,112			
	Medio alto	0,70	0,979			

Tabla III. Resultados del análisis de varianza Anova de las prácticas de autocuidado, según el nivel sociocultural de los pacientes.

Prácticas de autocuidado	Nivel sociocultural	Media	Desvio Standard	F	Sig.	Eta ²
Dieta	Bajo	16,66	2,838	2,285	.103	,014
	Medio	17,39	2,880			
	Medio-alto	17,45	3,531			
Medicación y autoexámenes	Bajo	6,25	2,030	0,394	.675	,002
	Medio	6,44	1,693			
	Medio-alto	6,50	1,539			
Ejercicios físicos	Bajo	6,09	4,473	6,061	.000	,047
	Medio	7,52	4,690			
	Medio-alto	9,75	3,851			
Cuidados de los pies	Bajo	14,23	3,178	1,290	.277	,008
	Medio	14,37	2,742			
	Medio-alto	15,35	1,814			
Prácticas de autocuidado	Bajo	43,21	8,751	5,783	.003	,034
	Medio	45,72	8,878			
	Medio-alto	49,05	8,062			

BIBLIOGRAFÍA

- Amigó I., Fernández C., Pérez, M. (1998) "La adhesión a los tratamientos terapéuticos". En I. Amigó (ed.) Manual de psicología de la salud (pág.229-70). Madrid: Pirámide.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (2001): Inventario de valoración afrontamiento, Universidad Complutense de Madrid, Dpto. de Psicología Básica.
- Díaz L., Galán S., Fernández G. (1993) "Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2". Salud pública de México; 35(2): 169-176.
- Dunbar, J.M. y Stunkard, A.J. (1980) "Adherence to diet and drug regimen" En R. Levy, B. Rifkind, B. Denis y N. Ernst (comps.) Nutrition, lipids and coronary heart disease. Nueva York. Raven Press.
- Fernández, C. y Pérez Alvarez, M. (1996) "Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes". En: Buela-Casal,G.; Caballo, V.E. Y Sierra, J.C., Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud, Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Gordon, P.A., & Benishek, L.A. (1996) The experience of chronic illness: Issues of loss and adjustment. Journal of Personal and Interpersonal Loss, 1 (3), 299-307.
- Hayes,E., Cynthia McCahon, C., Reeve Panahi, M., Hamre, T.y Karen Pohlman, K. (2008) " Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes". Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, Volume 20, Issue 3,155-162.
- Labrador, F.J. y Castro, L. (1987) "La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación". Revista Española de Terapia del Comportamiento, 5, 157-164.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Leibovich de Figueroa, N.B., Schufer, M.(2002). El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos, Buenos Aires, Eudeba.
- Marks, D.; Murray, M., Evans, B.; Willig, C.; Woodall, C.; Sykes, C.(2008) Psicología de la Salud, Manual Moderno, Méjico.
- OPS 2003-2007 División de Salud y Ambiente, Marco de Acción en Salud Ambiental, Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadi/fulltext/marco.pdf>