

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

**UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA**

CIUDAD DE MÉXICO ®

**“IRA, MIEDO Y TRISTEZA: IMPACTO EN EL AUTOCUIDADO Y LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PERSONAS QUE VIVEN CON
DIABETES TIPO 2.”**

TESIS

Que para obtener el grado de

DOCTORA EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Presenta

LAURA MEJÍA HERNÁNDEZ

Director: Dr. Bernardo Turnbull Plaza

Lectores: Dra. Graciela Galindo Orozco

Dr. Arturo del Castillo Arreola

Ciudad de México, 2022

Indice

<i>Introducción</i>	10
I. Antecedentes teóricos	
<i>Capítulo 1. Diabetes</i>	15
Definición	15
Síntomas	15
Factores de Riesgo.....	16
Clasificación de la Diabetes	18
Tratamiento de la Diabetes	19
Complicaciones	20
Fisiopatología y Epidemiología	20
<i>Fisiopatología</i>	21

<i>Epidemiología</i>	21
<i>Morbilidad</i>	24
<i>Mortalidad</i>	25
Diabetes y Emociones	27
Capítulo 2. Autocuidado	31
Definición de autocuidado	31
Teoría de déficit de autocuidado.....	33
Estructura del autocuidado	34
Conductas de Autocuidado en la Diabetes	36
Autocuidado y Emociones en la Diabetes.....	39
<i>Autocuidado y Emociones Negativas</i>	41
<i>Autocuidado y Emociones Positivas</i>	45
Educación para el Autocuidado de la Diabetes.....	48
Capítulo 3. COVID-19	53
Definición COVID-19.....	53
Medidas preventivas generales.....	53

Relación del COVID-19 con la diabetes mellitus	54
Importancia del autocuidado ante el COVID-19	55
Importancia del seguimiento y control de la diabetes.....	56
Medidas para manejar COVID-19 en pacientes con diabetes	57
Mortalidad por diabetes mellitus durante la pandemia de COVID-19	58
<i>Capítulo 4. Adherencia Terapéutica</i>	<i>61</i>
Definición de Adherencia Terapéutica	61
Factores que intervienen en la adherencia terapéutica	61
Formas de la No Adherencia	64
Barreras para la Adherencia Terapéutica	65
Dimensiones que Influyen en la Adherencia Terapéutica.....	68
<i>Capítulo 5. Emociones.....</i>	<i>70</i>
¿Qué son las emociones?	70
Diferencia entre emoción y sentimiento	73
Funciones de las Emociones	74
Emociones básicas.....	77

Propiedades de las Emociones Básicas	79
Emociones y su impacto en la salud	80
Emociones negativas.....	81
IRA	83
MIEDO.....	85
TRISTEZA.....	87
Herramientas socioemocionales	97
Expresión emocional	97
Regulación Emocional.....	99
Competencias Socioemocionales.....	101
<i>II. Estudio Exploratorio mixto: ¿Cómo las emociones negativas pueden impactar en las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes tipo 2?. ...106</i>	
Planteamiento del Problema.....	106
Justificación.....	109
Preguntas de Investigación	110
Objetivo	111
Objetivos específicos	111

Diseño de Investigación.....	111
Participantes	118
Instrumentos.....	118
Recolección y análisis de datos	121
<i>Fase I – Encuesta como estudio “Mapeo de la atención y exploración de las emociones en la consulta”</i>	<i>122</i>
Objetivo	122
Diseño	122
Participantes	122
Recolección y análisis de datos	123
<i>Análisis cuantitativo</i>	<i>123</i>
<i>Análisis cualitativo</i>	<i>123</i>
Resultados.....	124
<i>Resultados de la sección cuantitativa.....</i>	<i>124</i>
<i>Resultados de la sección cualitativa.....</i>	<i>125</i>
<i>Resultados del análisis a los Programas de Intervención en Instituciones públicas.....</i>	<i>129</i>

<i>Fase II. Estudio exploratorio transversal “Evaluación diagnóstica del manejo de la diabetes”</i>	133
Objetivo	133
Diseño	133
Instrumentos.....	133
Participantes	134
Procedimiento.....	134
<i>Análisis y Recolección de datos</i>	134
Resultados.....	135
<i>Resultados Estadística descriptiva</i>	135
<i>Resultados estadística no paramétrica</i>	145
 <i>Fase III – Características Esenciales de la Experiencia de Vivir con Diabetes (Experienciación emocional)</i>	146
Objetivo	146
Diseño	147
Participantes	147
Procedimiento.....	149

<i>Recolección de datos</i>	149
<i>Análisis</i>	150
Resultados	150
<i>Fase IV – Piloto de intervención en educación para la salud socioemocional de pacientes que viven con Diabetes tipo 2.</i>	177
Objetivo	177
<i>Objetivos específicos</i>	177
Justificación	178
Diseño	180
Hipótesis	180
Variables	181
Instrumentos	182
Participantes	183
Diseño de la intervención	183
<i>Etapas o fases del piloto de Intervención</i>	184
Aplicación del diseño de intervención	188

Procedimiento	188
<i>Material de apoyo.....</i>	<i>191</i>
Análisis y recolección de datos.....	191
Resultados.....	192
<i>Resultados Estadística descriptiva</i>	<i>192</i>
<i>Resultados estadística no paramétrica.....</i>	<i>201</i>
<i>Resultados línea de vida</i>	<i>204</i>
<i>Resultados de la Evaluación operativa del piloto de intervención en educación para la salud socioemocional</i>	<i>216</i>
Conclusiones y Discusión	223
Recomendaciones prácticas.....	241
<i>Profesionales de la salud.....</i>	<i>241</i>
<i>Pacientes con diabetes tipo 2</i>	<i>242</i>
<i>Programas de Intervención en Instituciones públicas y privadas.....</i>	<i>243</i>
<i>Sugerencias para futuras investigaciones.....</i>	<i>243</i>
Limitaciones	245
Agradecimientos	246

Referencias Bibliográficas.....248

Introducción

Ciertamente, la diabetes mellitus es un serio problema de salud pública, tanto por el incremento en la prevalencia e incidencia como por la relevancia del padecimiento y sus complicaciones. Se ha convertido en uno de los retos de salud más destacados en la actualidad por ser una de las principales causas de muerte en el mundo y porque origina una alta demanda y costoso mantenimiento para los sistemas de salud. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes [FID] (2017), las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o muerte.

Vivir con diabetes puede tener un poderoso impacto en el estado de ánimo y la actitud para manejar la enfermedad, siendo los aspectos psicosociales centrales para el autocontrol (Polonsky, 2002). El tratamiento de la diabetes exige comportamientos de autocuidado complejos y cotidianos, lo cual demanda considerable disciplina y estabilidad emocional. Al ser una enfermedad crónica, el autocuidado se convierte en una estrategia para su manejo adecuado que permitirá a largo plazo mejorar la calidad de vida de quien la padece (Polonsky, 2002). La diabetes está considerada como una de las condiciones de salud crónicas más severas, emocional y conductualmente, porque implica muchas áreas de la vida del paciente. El componente emocional del autocuidado puede expresarse en omisiones a la adherencia terapéutica y decisiones de no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, las cuales pueden ser provocadas por ansiedad o temor que paraliza al paciente (Prado et al., 2014).

Otra vía indirecta que reduce las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica son las creencias personales que distorsionan los hábitos recomendados de autocuidado (Skinner et al., 2002). El entorno social y los problemas cotidianos afectan fuertemente la experiencia de vivir con diabetes y aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos emocionales que pueden influir negativamente en el curso de la enfermedad, en concreto en el autocuidado del paciente (Martin et al., 2007). Asimismo, el acceso reducido a instalaciones de ejercicio y transporte, las preocupaciones sobre la seguridad y la pobreza son todos factores que pueden limitar la capacidad para llevar un estilo de vida saludable y realizar comportamientos de autocuidado (Martz, 2017).

En el mismo sentido, la falta de adherencia terapéutica también se convierte en un problema inquietante por su gran magnitud y complejidad, responsable del aumento de la morbimortalidad, complicaciones, ingresos hospitalarios, costos sanitarios e insatisfacción del usuario y de los profesionales de la salud (González & Pissano, 2014, p.59). Con base en la estimación de un 50% en el grado de adhesión en patologías crónicas, se observa la necesidad latente de mejorar la adherencia terapéutica (Martínez-Lorca, et al., 2015), considerando que constituye un aspecto fundamental para la calidad de vida de una persona que vive con diabetes, por tanto, nos encontramos ante un fenómeno multifactorial que implica reformas y ajustes en diversas áreas del individuo, y requiere un tratamiento integral que incluya aspectos psicosociales y psicoemocionales para ejecutar adecuadamente las conductas de autocuidado esperadas (Bueno & García, 2014). La adherencia terapéutica es un componente importante de la atención en salud y para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 es un factor determinante en el control metabólico (Martínez-Domínguez, G, et al., 2016). Con relación a la baja adherencia terapéutica que se observa en pacientes con DMT2, Villalobos y colaboradores (2009, p.33),

explican como causas asociadas: 1) la complejidad del régimen de tratamiento, 2) las creencias erróneas sobre la salud y enfermedad y 3) el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional, que en conjunto le impiden al paciente tomar control sobre su conducta. Todo esto aunado a las condiciones institucionales y del paciente relacionadas con el programa

DiabetIMSS: 1) *Institucionales*: subregistro de las actividades por los responsables de cada servicio, falta de insumos y personal en el módulo, comunicación ineficaz entre los profesionales que operan en el módulo, técnicas didácticas no adecuadas a la población, pérdida de derechohabencia y horarios establecidos, 2) *Del paciente*: problemas de salud diagnosticados médicamente, falta de redes de apoyo familiar y factores identificados en otros programas de educación para la salud con las características operativas similares que DiabetIMSS (Zuñiga-Ramirez et al., (2013).

Respecto a los programas institucionales para el manejo de la diabetes, Barrón (2012, p.40) afirma que México enfrenta problemas diversos que: limitan la eficacia de dichos programas para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, automonitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica.

Con relación al programa DiabetIMSS, Zuñiga-Ramirez et al., (2013), advierten que la falta de un equipo multidisciplinario propio para el módulo, dificulta las acciones de cada uno de los servicios involucrados, por lo que la atención de la población inserta al DiabetIMSS se sigue

dando principalmente con el médico familiar y enfermería, quedando a un lado la parte integral que se complementa con la atención multidisciplinaria requerida en todo programa de educación para la salud.

Es notable que los programas para formentar el autocuidado contienen un limitado manejo de componentes emocionales necesarios para reforzar las conductas. No existen suficientes investigaciones acerca del estudio de las emociones negativas básicas (no patológicas), miedo, tristeza e ira (tal como como se encuentra en la literatura, también manejada como sinónimo de enojo por los pacientes, aunque se hace notar que la ira representa una emoción con mayor intensidad que el enojo) que están presentes y están siendo activadas automáticamente y de manera inconsciente en la mayoría de los casos a partir de eventos cotidianos de la vida con diabetes.

Se manifiesta la necesidad de generar evidencia acerca de intervenciones de bajo costo que puedan ser ampliamente utilizadas en el escenario de cuidados de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2). Tal es el caso de aquellas que incorporan el Mindfulness como parte de su diseño. Según la evidencia, estas contribuirían a mejorar la autoregulación emocional, la empatía, la compasión, las habilidades de consejería y a disminuir el estrés y la ansiedad, tanto en quienes reciben la intervención, así como, en quienes la aplican (González-Burboa, et al., 2019).

El proyecto tiene como objetivo explorar el impacto que tienen las emociones negativas en el autocuidado y la adherencia terapéutica de personas que viven con DMT2. El estudio exploratorio mixto que se llevó a cabo se compone de 4 fases: 1) Encuesta a profesionales de la salud y pacientes para explorar los mecanismos que valoran las emociones en la consulta, 2)

Aplicación de instrumentos validados a pacientes con DMT2 que exploran cómo estos pacientes están manejando su enfermedad, 3) Entrevista fenomenológica para encontrar el significado que tiene para algunos de estos pacientes vivir con diabetes y 4) Piloto de intervención en educación para la salud socioemocional con diseño pre-experimental y participantes voluntarios que explora si el conocimiento de dichas herramientas puede tener impacto en el autocuidado y adherencia terapéutica a través de instrumentos de medición validados.

Capítulo 1. Diabetes

“Los que sufren no son los cuerpos; son las personas”

E.J. Cassell

Definición

Para la OMS (2021), La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios.

Se entiende como enfermedades crónicas de acuerdo con la OMS (2004), a “las enfermedades con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención”. (p.18)

La American Diabetes Association [ADA] (2021), la define como una enfermedad crónica compleja que requiere atención médica continua con estrategias multifactoriales de reducción del riesgo más allá del control glucémico.

Síntomas

De acuerdo con la American Diabetes Association [ADA] (2018), la diabetes presenta los síntomas descritos en la **Tabla 1**.

Tabla 1

Síntomas de la Diabetes Mellitus.

Diabetes tipo 1	Diabetes tipo 2
Constante necesidad de orinar	Cualquiera de los síntomas de la diabetes tipo 1
Sed inusual	Infecciones frecuentes
Hambre extrema	Visión borrosa
Pérdida inusual de peso	Cortes/moretones que tardan en sanar
Fatiga e irritabilidad extremas	Hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies
	Infecciones recurrentes de la piel, encías o vejiga

De acuerdo con la NIH (2018), los síntomas de la diabetes tipo 1 pueden presentarse rápidamente, en cuestión de semanas, mientras que los síntomas de la diabetes tipo 2 suelen progresar muy despacio durante varios años, y pueden ser tan leves que resultan imperceptibles. Muchas personas con diabetes tipo 2 no tienen síntomas y algunas se enteran del diagnóstico de diabetes cuando surgen problemas de salud relacionados con la diabetes, como visión borrosa o problemas del corazón.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar DMT2 se clasifican de acuerdo a la American Heart Association (2021), en Modificables y No modificables como se muestra en la **Tabla 2**.

Tabla 2

Factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2.

Modificables	No modificables
Sobrepeso u obesidad	Historia familiar
Sedentarismo	Raza o antecedentes étnicos (Afroamericano, asiático-americano, latino / hispanoamericano, nativo americano o de ascendencia isleña del Pacífico)
Presión arterial alta	Edad (40 años o más)
Fumar	Antecedentes de diabetes gestacional
Dieta	
Consumo excesivo de alcohol	
Estrés	
Hábitos de sueño inadecuado	

Dentro de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo con Hernández (2011), se encuentran: 1) tabaquismo, 2) sedentarismo, 3) obesidad, 4) consumo de alcohol, 5) baja ingesta de frutas y verduras, 6) hipertensión arterial, 7) dislipemia y 8) hiperglucemia.

Mientras que la National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIH] (2018), informa que una persona tiene más probabilidad de desarrollar DM2 si: 1) tiene sobrepeso u obesidad, 2) tiene más de 45 años de edad, 3) tiene antecedentes familiares de diabetes, 4) es afroamericana, nativa de Alaska, indígena estadounidense, estadounidense de origen asiático, hispana/latina, nativa de Hawai, o de las Islas del Pacífico, 5) tiene la presión arterial alta, 6) tiene un nivel bajo de colesterol HDL o un nivel alto de triglicéridos, 7) tiene antecedentes de diabetes gestacional o dió a luz a un bebé que pesó más de 4 kg, 8) no se mantiene físicamente activa, 9) tiene antecedentes de enfermedades del corazón o accidentes cardiovasculares, 10) tiene depresión, 11) tiene síndrome de ovario poliquístico, 12) tiene acantosis nigricans, zonas de piel oscura, gruesa y aterciopelada alrededor del cuello o las axilas. (p.1)

Clasificación de la Diabetes

Con base en los lineamientos de la ADA (2021), la diabetes puede clasificarse en las siguientes categorías:

- 1) Diabetes tipo 1: debido a la destrucción autoinmune de las células B, lo que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina, incluida la diabetes autoinmune latente de la edad adulta.
- 2) Diabetes tipo 2: debido a una pérdida progresiva de la secreción adecuada de insulina por parte de las células B, frecuentemente en el contexto de la resistencia a la insulina.

- 3) Tipos específicos de diabetes debido a otras causas, p. ej., síndromes de diabetes monogénica (como la diabetes neonatal y la diabetes de inicio en la madurez de los jóvenes), enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística y la pancreatitis) y drogas o sustancias químicas. - diabetes inducida (como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH/SIDA, o después de un trasplante de órganos).
- 4) Diabetes mellitus gestacional (diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no era claramente diabetes manifiesta antes de la gestación. (p.15)

Tratamiento de la Diabetes

El tratamiento de la DM es complejo y sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión, destreza y motivación que el paciente adquiere para afrontar las exigencias terapéuticas, es por ello que el binomio integral para la atención de la diabetes mellitus son el cuidado y la educación diabetológica, siendo ésta un componente esencial de las estrategias de prevención y tratamiento, aunque no reemplaza el tratamiento médico. (De la Paz Castillo et al., 2012, p.495)

Existen dos tipos de tratamiento: 1) No farmacológico: que consta de modificación del estilo de vida, tratamiento médico nutricional, y actividad física y 2) Farmacológico que depende de la presencia o ausencia de obesidad en el paciente (Gil-Velázquez, et al., 2013).

Alfaro et al., (2000, p.34), indican que como parte de las medidas generales se tienen que disminuir los niveles de glucemia con el objetivo de: “1) evitar descompensaciones agudas,

cetoacidosis o síndrome hiperosmolar, 2) aliviar los síntomas cardinales (poliuria / polidipsia / astenia / pérdida de peso con polifagia), 3) minimizar el riesgo de desarrollo o progresión de retinopatía, nefropatía y/o neuropatía diabética, 4) evitar las hipoglucemias, 5) mejorar el perfil lipídico de los pacientes y 6) disminuir la mortalidad”. Asimismo, recomiendan considerar como parte del tratamiento integral de la Diabetes: 1) Programa completo de Educación diabetológica, 2) Recomendaciones nutricionales, 3) Ejercicio físico, 4) Tratamiento farmacológico y 5) Autocontrol.

Complicaciones

Las complicaciones de salud por diabetes mellitus son múltiples, sin embargo, las más graves de acuerdo con Reynoso (2014), son:

- 1) nefropatía, considerada como la primera causa de insuficiencia renal crónica
- 2) retinopatía diabética
- 3) neuropatía diabética
- 4) pie diabético
- 5) hipercolesterolemia

Siendo que la DM es uno de los padecimientos más comunes que afecta la salud a nivel mundial y constituye un factor de riesgo de otras afecciones, se deduce que la prevención y control resultan la medida más importante y menos costosa, para reducir la morbilidad y mortalidad derivada de esta enfermedad (De la Paz Castillo et al., 2012).

Fisiopatología y Epidemiología

Fisiopatología

Se ha demostrado que en la presentación de la DMT2 existen 2 factores involucrados: a) una disfunción de las células beta con falta de respuesta secretoria al estímulo de la glucosa sanguínea, y b) una resistencia periférica a los efectos biológicos de la insulina, tanto por disminución del número de los receptores insulínicos de la membrana celular, como de los receptores postmembrana, todo lo cual conduce a una excesiva producción de glucosa por el hígado y dificultades en la captación de ésta por el músculo y por los adipocitos. En otras palabras la resistencia insulínica puede ocurrir a cualquier nivel de la acción biológica de la insulina, desde su unión inicial a los receptores de la superficie celular, hasta su participación en la cascada de fosforilación de la glucosa. Se ha constatado también el aumento en la secreción de glucagón.

Epidemiología

La DMT2 es una enfermedad crónica que se caracteriza por producción insuficiente de insulina o por no utilizarla adecuadamente por el organismo. La insulina es una hormona que regula la glucosa en la sangre. No controlar adecuadamente los niveles de glucosa en sangre puede causar daños en algunos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la DMT2, son uno de los mayores problemas que enfrenta el sector salud en México, y lo son por varios factores: “1) un número importante de afectados, 2) alta mortalidad, 3) mayor causa de incapacidad prematura y altos costos de tratamiento, y 4) porque se ha convertido en un problema de salud pública”.

(Reynoso y Becerra, 2014, p.147)

Alfaro et al., (2000), advierten que son diferentes procesos patogénicos los que están involucrados en el desarrollo de la Diabetes Mellitus, aunque pueden resumirse en dos categorías: 1) Diabetes Mellitus tipo 1 (DMT1) causada por una deficiencia absoluta en la secreción de insulina, que normalmente conlleva a destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas, y 2) Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) cuya prevalencia es superior, resultante de la combinación de resistencia a la acción de la insulina (generalmente asociada a obesidad) y una inadecuada respuesta secretora compensatoria.

A medida que la prevalencia de DMT2 crece en países de ingresos bajos y medios, también crece el impacto de las costosas complicaciones tanto en términos humanos como económicos (FID, 2017).

En ese sentido, las publicaciones sobre la cultura de la diabetes resaltan el incremento de la prevalencia de la diabetes como una crisis en las relaciones humanas para la cual la cultura juega un papel fundamental (Ferzacca, 2012).

Agudelo-Botero y Dávila-Cervantes (2015), afirman que el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad derivadas de la diabetes mellitus son resultado de la compleja interacción de factores de riesgo individuales y estructurales, entre ellos la genética, el estilo de vida, el medio ambiente y los determinantes sociales. Algunos de los cuales son modificables, principalmente los que están asociados a patrones de alimentación, actividad física y tabaquismo.

Al margen de de las situaciones estresantes que ocurren en la vida cotidiana, la condición de la persona que vive con diabetes se conecta con otros estresores potenciales, tales como el cuidado requerido y tratamiento complejo, el impacto social de estar enfermo, la incertidumbre

sobre futuras complicaciones, sentimiento de fracaso cuando no se puede tener control de las cifras elevadas de glucemia pese al esfuerzo realizado, entre otros (Demas & Wylie-Rosett, 1990).

Asimismo, se han identificado una serie de situaciones y eventos específicos que aumentan la respuesta de estrés. Estos estresores se han clasificado en tres grandes grupos que incluyen: 1) asociados a los síntomas y al tratamiento. 2) relacionados con la falta de apoyo familiar y del equipo de salud y 3) asociados a emociones negativas (Del Castillo, 2010).

Dentro de los aspectos que contribuyen al control de la diabetes se encuentran, contar con profesionales de salud capacitados para la atención de diabetes, monitoreo frecuente de glucemia capilar y ajustar el tratamiento de manera oportuna; educación para el autocuidado y autocontrol de la glucosa, valoración de factores emocionales y/o psicológicos, recibir un plan de alimentación y actividad física individual (Santamaria, Cabriales, Valverde & Luna, 2017).

El control de la diabetes requiere algo más que tomar medicamentos. Se ha comprobado que los aspectos del autocuidado, tales como el automonitoreo continuo de la glucemia, las restricciones alimentarias, el cuidado de los pies y los exámenes oftálmicos regulares, reducen notablemente la incidencia y la progresión de las complicaciones de la diabetes (OMS, 2019).

De acuerdo con Ollero et al., (2011), las enfermedades crónicas comparten una serie de características comunes: 1) etiología múltiple y compleja, 2) aparición gradual y silenciosa, 3) pico de prevalencia aparece en edades avanzadas, 4) permanentes, 5) producen deterioro gradual y progresivo, 6) requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada, 7) son susceptibles

de prevención, retraso en su aparición o, al menos, atenuación en su progresión, 8) se manifiestan mediante la tríada edad, comorbilidad y polimedicación.

Morbilidad

El mayor aumento de la prevalencia de diabetes, al comparar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2012) con la ENSANUT Medio Camino (2016), se observó entre los hombres de 60 a 69 años de edad y entre las mujeres con 60 ó más años de edad. El reporte de diabetes por diagnóstico médico previo fue mayor entre mujeres que entre hombres, tanto a nivel nacional (10.3% vs 8.4%), como en localidades urbanas (10.5% vs 8.2%) ó rurales (9.5% vs 8.9%). El diagnóstico previo de diabetes fue más frecuente en mujeres que viven en localidad urbana (10.5%) que en localidad rurales (9.5%).

La incidencia y prevalencia de diabetes tipo 2 (DMT2) ha ido en incremento en los últimos 5 años y por consecuencia el significativo aumento en la muerte y discapacidad relacionada con la diabetes y sus complicaciones. Para México las cifras de prevalencia en adultos con un diagnóstico de diabetes según la ENSANUT MC (2016), fue de 9.4%, ligeramente mayor en las mujeres y en las localidades urbanas, representando un ligero incremento con relación a las cifras reportadas en 2012 (9.2%) y un mayor aumento con respecto a 2006 (7.2%). Ocupando uno de los diez primeros lugares en países por número de personas con diabetes entre 20 y 79 años.

Con respecto a la prevalencia (ENSANUT, 2018), se observa mayor incremento en las mujeres 9.7% (2012) y 11.4 (2018), de igual manera para los hombres se observa incremento 8.6% (2012) 9.1 (2018).

De acuerdo al INEGI (2021), se reporta un incremento del diagnóstico de la enfermedad conforme aumenta la edad de las personas; poco más de una cuarta parte de la población de 60 a 69 años (25.8%) a nivel nacional, declaró contar con un diagnóstico previo de diabetes representando 2.3 millones de personas. Para el caso de las mujeres dentro de este grupo de edad, se presenta la prevalencia más alta con 35.6% (1.4 millones), sin embargo, es en los hombres del grupo de 70 y más años donde se concentra la prevalencia más alta con 18.4% de casos con diagnóstico previo de diabetes (714 mil personas) (p.1). Mientras que por entidad federativa para 2018, se reportan con prevalencias más altas de población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes, los estados de Campeche (14.01%), Hidalgo (12.83%) y Tamaulipas (12.77%) y con prevalencias más bajas, los estados de Quintana Roo (7.41%), Querétaro (7.51%) y Aguascalientes (7.56%).

Mortalidad

Desde el año 2000 (INSP, 2017), la diabetes mellitus en México es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres. En 2010, esta enfermedad causó cerca de 83 000 muertes en el país. El número de muertes atribuibles a la diabetes en el año 2013 manifestó un incremento del 11% respecto a las estimaciones para 2011 (FID, 2013).

Agudelo-Botero y Dávila-Cervantes (2015) reportaron que México tuvo un porcentaje mayor de muertes por diabetes mellitus entre los 20 y los 79 años de edad. Para 2015, según la FID (2015), aproximadamente 5,1 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron a causa de la diabetes, lo que representa el 8.4 % de la mortalidad por todas las causas a nivel mundial entre las personas de este grupo de edad. Sin embargo, con respecto al censo documentado

por mortalidad en algunos países para algunas enfermedades no transmisibles, desafortunadamente no se ha informado de un descenso parecido en la diabetes.

Específicamente para México según el INEGI (2017), en 2015, la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades del hígado y las enfermedades cerebrovasculares constituyeron las principales causas de muerte de la población; en conjunto ocasionaron 39% del total de las defunciones ocurridas en nuestro país. La FID (2017) registró que el número de muertes atribuibles a la diabetes entre 20 y 79 años corresponde a 4.0 millones de personas. La tasa de mortalidad por diabetes mellitus decreció para los hombres y las mujeres en Argentina, Chile y Colombia (que tuvo la mayor reducción de la tasa); en México, la tasa aumentó un 30,2% para los hombres y un 6,9% para las mujeres.

De acuerdo con estadísticas publicadas en la FID (2018), la diabetes se encuentra dentro de las primeras 3 causas de mortalidad en México.

Con base en la estadística reportada por el INEGI (2021), en 2020, 151 019 personas fallecieron a causa de la diabetes mellitus, lo cual equivale a 14% del total de defunciones (1 086 743) en México; De éstas, 78 922 defunciones ocurrieron en hombres (52%) y 72 094 en mujeres (48%). La tasa de mortalidad por diabetes para 2020 fue de 11.95 personas por cada 10 mil habitantes, la cifra más alta registrada en los últimos 10 años. Las defunciones por diabetes, registradas en 2020, se distribuyen en todos los grupos de edad, observando un incremento conforme avanza la edad, afectando en mayor medida a las personas de 65 años y más. En la mayoría de los grupos de edad se observan más defunciones en hombres que en mujeres. Los estados que presentan las tasas de mortalidad por diabetes mellitus más altas son Tabasco y Tlaxcala con 17.55 y 15.97 por cada 10 mil habitantes, respectivamente. Mientras que

Aguascalientes y Baja California Sur con 6.12 y 6.25 defunciones por cada 10 mil habitantes, respectivamente, se reportan con las tasas más bajas.

Diabetes y Emociones

La diabetes “no es una enfermedad emocional. Sin embargo, las historias de enfermos con DMT2 hablan de un alto contenido emocional en personalidades con fenómenos hiperreactivos y agresividad reprimida, por lo que puede ubicarse, aunque no siempre, como psicósomática” (Agüero, 2010. p.181). De esta forma cuando se impide que fluya una emoción reprimiéndola, se manifestará posteriormente en el cuerpo para hacernos sentir la misma emoción reprimida (Poplawsky, 2013). “En algunos casos, la expresión de las emociones puede inducir en los demás altruismo y conducta prosocial, mientras que la inhibición de otras puede producir malos entendidos y reacciones indeseables que no se hubieran producido en el caso de que los demás hubieran conocido el estado emocional en el que se encontraba”. (Pennebaker, 1993, Citado en Montañés, 2005, p.6).

La diabetes puede afectar física y emocionalmente, de forma tal que vivir con la demanda que solicita la enfermedad todos los días, puede provocar que el paciente se sienta desanimado, estresado, o deprimido. “El grado en que la emoción resulte adaptativa dependerá de las tendencias o estresores que la disparan y de la capacidad del individuo para regularla y controlarla en función de un análisis más pausado de la situación” (Aguado, 2014. p.37). “Las manifestaciones externas de la emoción o sus efectos observables son fruto de un segundo filtro que tamiza las mismas y se refiere al aprendizaje y la cultura”. (Sagarduy et al., 2011. p.115)

La activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes, y por tanto, un factor importante de riesgo para la aparición posterior de complicaciones relacionadas con la diabetes (Aikens et al., 1992), por ejemplo, la conducta alimentaria en personas que viven con diabetes en el caso específico de la comida, ésta “se ha acondicionado como un chupón de emociones durante todo el tiempo que pueda recordar” (Nash, 2013). En periodos de estrés en el que la persona tiene que responder a unas altas demandas ambientales, se desarrollan reacciones emocionales negativas, y al encontrarse bajo la influencia de estos estados emocionales negativos es más probable desarrollar enfermedades relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud. (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004; Ramos et al., 2006, Citado por Piqueras et al., 2009, p.99)

“Los sentimientos de enojo, tristeza y preocupación relacionados con la posible presencia de complicaciones en el futuro y de muerte prematura son emociones comunes en los pacientes con diabetes (La Greca, Hurtwitz, Freeman, Wick, Ireland, et al., 1991, Citado por Del Castillo, 2010, p.30) además de la incertidumbre sobre las posibles complicaciones futuras, los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados, etc”.

Pennebaker, et al., 1990, Citado por Montañés (2005, p.6), afirman que “...en la mayoría de los casos, la revelación de las experiencias emocionales resulta saludable y beneficiosa, tanto porque reduce el trabajo fisiológico que supone la inhibición.”, así como también “el hecho de que favorece la creación de una red de apoyo social ante la persona afectada” (House, Landis y Umberson, 1988, Citado por Montañés, 2005, p.6). De acuerdo con Sagarduy et al. (2011, p.115), “los factores emocionales desempeñan un papel importante en el control de la diabetes.

Sin embargo, la atención se ha centrado, en gran parte, sobre el impacto de emociones negativas y de índole psicopatológica, como el estrés y la depresión”.

Investigaciones recientes sugieren cambios biológicos en el cerebro de los pacientes con diabetes. Cambios estructurales, funcionales y neuroquímicos en las regiones cerebrales responsables del afecto y la cognición pueden haber aumentado el riesgo de depresión tanto en la diabetes tipo 1 como en la diabetes tipo 2. Modelos en animales han mostrado que la hiperglucemia afecta negativamente la integridad del hipocampo y la neurogenesis, reduciendo la neuroplasticidad y contribuyendo a los síntomas del humor. En humanos la neurogénesis hipocampal y la atrofia hipocampal han sido observadas en personas con diabetes, lo que llevará a dificultades para aprender, mantener la memoria y gobernar la expresión emocional. (Chew, Shariff-Ghazali & Fernandez, 2014, p.802)

Al ser la diabetes una enfermedad crónica cuyos síntomas universales pueden no ser apreciados por el paciente antes del diagnóstico clínico, resulta necesario enunciar las características principales y manifestaciones de la enfermedad, así como los factores asociados al desarrollo de la misma. Asimismo, la distinción entre una clasificación diagnóstica y otra, los mecanismos de acción que están involucrados en el tratamiento integral de la enfermedad (clínicos, conductuales y emocionales) enfatizando los que corresponden a la diabetes tipo 2 como población de interés en el presente estudio. Derivado de los mecanismos de acción propios de la enfermedad y la presencia de complicaciones que son causantes de incapacidad y muerte, se describen los aspectos epidemiológicos que permiten visualizar la prevalencia creciente que tienen efecto en la población mundial y en la población mexicana, resultando en incremento notable en la morbilidad y mortalidad de la población con este padecimiento, convirtiéndose en

un problema de salud con alta demanda física, económica y emocional para los pacientes y las familias, incluyendo los altos costos de atención que impactan directamente a los sistemas de salud.

Capítulo 2. Autocuidado

El autocuidado es un valor que compete tanto en el ámbito personal como en el social; inherente a cada ser humano. Su fortalecimiento contribuye a la formación de otros valores como la ayuda, enseñanza, servicio y otros conceptos como autopercepción y autoestima (Álvarez, 2006).

La capacidad de autocuidado o agencia de autocuidado se conceptualiza como la habilidad de atender situaciones específicas, comprender sus características y significado; percibir la necesidad de cambiar o regular comportamientos; adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; decidir qué hacer, y la destreza de actuar para lograr el cambio o la regulación. (Guirao, 2003, Citado por Contreras, 2013, p.670)

Definición de autocuidado

El concepto básico de autocuidado desarrollado por Orem, se define como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”. (Citado por Prado Solar et.al, 2014, p.838)

Entre las definiciones más tradicionales se menciona la de Levin (1976, Citado por Merchán, 2014, p.15), quien define al autocudado como “...el proceso por el que la propia persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y prevención de la enfermedad y de la aplicación de los tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud”.

En la **Tabla 3** se describen algunas otras definiciones de autocuidado.

Tabla 3

Otras definiciones de autocuidado.

Autor	Año	Definición
Dean	1989	considera que el autocuidado puede comenzar de manera independiente o en conjunto con los profesionales de la salud, e incluye la dimensión de no hacer nada, como un aspecto importante del mismo.
Toljamo & Hentinen	2001	El autocuidado de diabetes se entiende como el proceso individual, activo, flexible y responsable de que una persona se atienda a sí misma en caso de enfermedad, acciones que la persona realiza en colaboración con el equipo médico, en vez de simplemente seguir las reglas prescritas (p.781)
Romero-Baquedano	2010	son prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas. También es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. (p.3)
Prado Solar, González Reguera, Paz Gómez, & Romero Borges	2014	asumen el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.
Santamaria, Cabriales, Valverde & Luna	2017	es una función regulatoria del funcionamiento integral del ser humano, aprendido a lo largo de la vida, caracterizándose por ser auto-motivado y sustentado por conocimiento y experiencia diaria.

Teoría de déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado ha sido una de las más divulgadas acciones dentro de la Enfermería. El valor de la misma radica en exponer las razones del apoyo y sostén de una persona más capacitada a otra, limitada por su condición de dolencia o enfermedad. (Cuza, & Félix, 2020).

Para Merchán (2014), la teoría del autocuidado, desarrolla el concepto autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. Describe el cómo y el porqué las personas cuidan de sí mismas y se fundamenta en que el autocuidado es una función reguladora del hombre, que las personas requieren llevar a cabo intencionadamente por sí mismas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es considerado como un sistema de acción.

En la teoría de Orem, el individuo se visualiza integralmente situando los cuidados básicos como el centro de ayuda del ser humano con el objetivo de vivir feliz durante más tiempo, por lo tanto, mejorar directamente su calidad de vida.

De acuerdo con Prado et al. (2014), la teoría de déficit de autocuidado se convierte en la esencia del modelo de Orem, estableciendo que las personas se enfrentan con las limitaciones asociadas a los problemas de salud existentes mismas que los impiden para el autocuidado continuado u originando que el autocuidado se realice de manera ineficaz o insuficiente. Por lo tanto, se establece la presencia de un déficit de autocuidado Prado et al. (2014), “cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o bien, cuando la

persona no tiene la capacidad o intención de emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado”. (p.841)

Estructura del autocuidado

De acuerdo con Santamaria, Cabriaes, Valverde & Luna (2017), los componentes de la estructura del autocuidado definidas por Orem se dividen en 3 tipos de operaciones, tal como se observa en la **Figura 1**.

Figura 1

Estructura del autocuidado.



Nota: La figura muestra las operaciones implicadas para el paciente en el proceso de autocuidado.

Complementando las operaciones de la Figura 1, en la **Tabla 4**, se describen los conceptos meta paradigmáticos definidos por Dorotea Orem en relación con el autocuidado (Citado por Prado et al. 2014. p.838) tomando en cuenta que la persona necesita ser vista de manera integral considerando los puntos de vista biológico, psicológico y social.

Este proceso incluye tareas en distintos momentos de la vida cotidiana de las personas con diabetes: reconocimiento e interpretación de malestares y signos, seguimiento y ajuste de las indicaciones médicas, búsqueda de información, entre otras acciones que exhiben la existencia de capacidad de agencia y autoeficacia (Sigurðardóttir, 2005; Sousa y Zauszniewski, 2005), además de elementos emocionales propicios para el control del padecimiento. (Citado por Trujillo, Nazar, Zapata & Estrada, 2008, p. 237)

Tabla 4*Conceptos meta paradigáticos del autocuidado.*

Persona	Salud	Enfermería
concibe al ser humano:	que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes:	servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar.
como un organismo biológico, racional y pensante.	significa integridad física, estructural y funcional;	proporciona a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
como un todo integral dinámico.	ausencia de defecto que implique deterioro de la persona;	
con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos.	desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.	
con capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.		

Conductas de Autocuidado en la Diabetes

La diabetes es una enfermedad compleja que requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y apoyo de varias especialidades en salud. No obstante, básicamente tanto el cuidado como el control deben originarse desde el paciente mismo. Por tanto, es de suma importancia que las personas que viven con diabetes tengan conocimiento de la enfermedad, las metas del tratamiento y las estrategias que contribuyen a su autocuidado.

El tratamiento de la diabetes implica que el paciente lleve a cabo diversas conductas que afectan múltiples áreas de su vida. Uno de los objetivos principales es el control metabólico de la enfermedad ($HbA1c < 7\%$ ADA (2017)), seguido de planificación de comidas, realizar ejercicio, monitoreo de la glucosa, cuidado de los pies, consumo de los fármacos hipoglucemiantes o aplicación de insulina. En tal sentido, el paciente es el principal responsable de practicar eficientemente dichas “conductas de autocuidado” (Sagarduy et al., 2011).

Dentro del rubro de autocuidado se puede ubicar “la habilidad de autocontrol, que va de la mano con tener conciencia de los niveles de glucosa y de sus síntomas” (Reynoso y Becerra, 2014, p.153). Asimismo, el tratamiento médico de la diabetes consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa, es decir, se pone énfasis en que es el comportamiento del paciente lo que debe modificarse para desempeñar un adecuado control de la glucemia (Rondón, 2011).

De acuerdo con Schechter & Walker, 2002; Toljamo & Hentinen, 2001, Citado por Compeán (2006, p.3), el autocuidado se torna esencial en personas que viven con Diabetes tipo 2 para mantener y mejorar su salud, sin embargo, también representa un reto constante tanto para el paciente, como para el personal de salud. Los profesionales de la salud que participan en el cuidado de las personas con diabetes, deben tener experiencia y especial interés para motivarlos a asumir un papel activo en su cuidado (ADA, 2005b, Citado por Compeán, 2006, p.3), específicamente las enfermeras deben facilitar la adquisición de habilidades y la práctica de medidas de autocuidado. La continuidad del cuidado según Parchman y Bergf (2002), está asociada con la calidad del cuidado recibido por pacientes con Diabetes tipo 2, siendo que la continuidad del cuidado puede influir en los comportamientos del proveedor y del paciente de maneras que mejoren la calidad.

Teniendo en cuenta que los resultados de algunos estudios presentan la existencia de menor seguimiento en conductas relacionadas con llevar una dieta adecuada, hacer ejercicio y realizar monitoreo de glucosa y mayor seguimiento en actividades asociadas con la toma de medicamentos orales, aplicación de insulina o ambos, permite observar que los pacientes presentan una percepción de la diabetes como una enfermedad médica tradicional, cuya solución principal reside en el consumo de fármacos (Sagarduy et al., 2011). Asimismo, se encontró que el tratamiento médico se complementa con formas de autoatención como la automedicación de plantas medicinales y el uso de remedios caseros (Arganis, 2005).

Rubio et. al., (2015), sugieren que los educadores en diabetes requieren fortalecer los mensajes sobre los beneficios derivados del autocuidado, principalmente en pacientes que se encuentran en etapas tempranas de la enfermedad. Asimismo, proponen que los programas de educación en diabetes se deberían extender a los familiares. En el mismo sentido Miley (1989) sugiere que pueden ser útiles el uso de técnicas conductuales que afecten favorablemente los estados emocionales del paciente, junto con el manejo médico de la diabetes.

Desafortunadamente, se han identificado oportunidades desiguales para el autocuidado de la diabetes entre hombres y mujeres. Por ejemplo, “la precariedad económica, la violencia, los estados emocionales inciertos y la combinación de estos elementos condicionan el autocuidado de la diabetes en mujeres”. (Trujillo et al., 2008, p231)

Autocuidado y Emociones en la Diabetes

El papel de las emociones en nuestra salud, radica en que algunos estados de ánimo tales como la depresión y la ansiedad, dificultan la realización de diversas acciones requeridas para el autocuidado y recuperación de la salud. Nuestros pensamientos, ideas o creencias inciden sobre nuestra conducta y nuestras emociones provocando obstáculos para el automanejo de la enfermedad. La expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que simplifican la realización de conductas apropiadas para el individuo (Montañés, 2005). De acuerdo con Fernández & Bejar (2009), tanto las emociones como los pensamientos constituyen una red de elementos involucrados en la toma de decisiones y en la resolución de problemas. Respecto a la comprensión o claridad emocional, “las personas que identifican claramente lo que están sintiendo tendrían mayores habilidades para enfrentarse a los problemas emocionales y, por lo tanto, experimentarían mayores niveles de bienestar emocional comparado con las personas que tienen menor comprensión sobre sus emociones” (Fernández & Bejar, 2009, p.249). En este sentido, “tanto la estabilidad emocional como la conciencia, determinan el autocuidado indirectamente a través del modelo personal de creencias”. (Skinner, Hampson & Fife-Schaw, 2002, p.61)

Con relación al impacto de la emoción en la diabetes, Del Castillo (2010) afirma que la presencia de síntomas depresivos pueden impactar en el automanejo de la enfermedad, considerando que el paciente se sentirá menos motivado y menos capaz de llevar a cabo las conductas de autocuidado, como el automonitoreo o el plan de alimentación. De esta manera, el manejo de la emoción predice cambios en el manejo de la enfermedad (Chesla, et al., 2003). Al

respecto, Montañés (2005, p.6) resalta que “toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras”.

Por otra parte, los aspectos psicosociales y médicos de la diabetes, también influyen negativamente en el autocuidado. Numerosos pacientes revelan sentirse enojados, culpables o asustados debido a la enfermedad y, continuamente, no se encuentran motivados para cumplir con las tareas de autocuidado que la diabetes les demanda (Polonsky, 2002). Por ejemplo, la negación, que en un momento fue considerada como perjudicial y sinónimo de patología, puede ser beneficiosa bajo ciertas circunstancias. Esto puede ilustrarse con enfermedades de diversos tipos, que son especialmente estresantes cuando amenazan la vida o incapacitan al individuo. En un síndrome en el que el paciente sufre un miedo anormal a morir repentinamente, este miedo aumenta el estrés e impide al paciente iniciar la actividad que podría facilitar su recuperación (Lazarus, 2009).

En ese sentido, Péres, Franco & Santos, (2008, p.8) sugieren que “no basta con ofrecer información, pues el comportamiento humano es extremadamente complejo y trasciende los aspectos meramente cognitivos, involucrando también las disposiciones afectivo emocionales y valorativas que fundamentan las actitudes y comportamientos”. Figuerola (2013, p.635), hace “énfasis en la conveniencia de que los profesionales de la salud formulen preguntas abiertas basadas en las emociones de la persona más que en su estado físico, para saber en qué momento se encuentra el paciente”.

Derivado de lo anterior, los programas deberán considerar las influencias multinivel en los resultados de salud (Miley, 1989). Asimismo, será necesario considerar los contextos

socioculturales en los cuales los recursos psicológicos son experimentados para entender los enlaces con la salud física (Boylan et al., 2017).

Finalmente, podemos decir que “las emociones, los pensamientos y las conductas actúan juntos y se afectan unos a otros durante todo el tiempo a lo largo de la vida del paciente” Sánchez-Sosa (2002), Citado por Del Castillo (2010, p.10). Es así que “las emociones involucran cambios y reacciones psicológicas que juegan un papel muy importante en la recuperación de la salud. Por un lado, las emociones frecuentes e intensas interactúan con nuestra fisiología y pueden generar estados de debilidad; y por otro, las emociones pueden influir en nuestra conducta al impedir que llevemos a cabo las acciones necesarias para el cuidado de nuestra salud”. (Del Castillo, 2010, p.10)

Autocuidado y Emociones Negativas

Las emociones negativas pueden incrementar una variedad de amenazas para la salud especialmente estrés, ansiedad y depresión (Chew, Shariff-Ghazali & Fernandez, 2014). Igualmente, las emociones negativas pueden tener efectos adversos en otros mecanismos inmunológicos (Kiecolt-Glaser, et al., 2002). Además de los niveles reales de glucosa en sangre, la percepción de los síntomas está determinada por respuestas cognitivas y emocionales, particularmente con una actividad negativa (Adriansel et al., 2005). Surwit et al., (2002), (Citado por Piqueras et al., 2009, p.104). mencionan que “el estrés crónico en una persona predispuesta a padecer diabetes (obesa y edad avanzada) puede constituir un elemento coadyuvante para desarrollar diabetes”.

Las emociones negativas también contribuyen a la infección prolongada y retraso en la cicatrización de heridas (Kiecolt-Glaser, et al., 2002). Más allá de la ansiedad y la depresión, se

ha encontrado que las emociones negativas juegan un rol muy importante en el paciente con diabetes. (Leventhal et al., 2008). Tran et al., (2011), afirman que reacciones de afecto negativo predicen síntomas de depresión y HbA1c. Asimismo, el sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes puede afectar al funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y, en general, de todas las funciones fisiológicas (Martín, 2005; Ramos et al., 2006). De la misma manera, “las reacciones desadaptativas de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud, como es el caso de las adicciones y de que olvide los hábitos saludables tales como el ejercicio físico”. (Piqueras et al., 2009, p.100)

También se ha confirmado que la suma de comorbilidades presentes en el paciente que causan multimorbilidad, aumenta los síntomas depresivos, y afectos negativos y disminuyen los afectos positivos (Jones, Amtmann, & Gell, 2016). Esto es, los estados emocionales negativos han estado significativamente asociados con riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad cardiovascular (Everson-Rose & Lewis, 2005). Aunado a lo anterior “nuestros pensamientos, ideas o creencias también pueden influir en nuestra conducta y en nuestras emociones generando problemas en el automanejo de la enfermedad”. (Del Castillo, 2010, p.10)

En este sentido, factores como el estrés, afecto negativo, depresión clínica, soporte social y represión/negación pueden influir en las indicaciones celulares y humorales de estado immune y función (Cohen & Herbert, 1996).

El estrés puede actuar sobre las concentraciones de glucemia mediante un efecto directo a través de la movilización de las hormonas contrarregulatorias u “hormonas del estrés” (tales

como adrenalina y cortisol) y de manera indirecta por su impacto sobre las conductas de apego al tratamiento. Para comprender el efecto directo del estrés sobre el control de la diabetes, basta mencionar la secreción de catecolaminas y glucocorticoides ante una situación de estrés o amenaza, así como sus efectos sobre el metabolismo de la glucosa, con el consiguiente incremento de las concentraciones de glucosa en sangre (Surwit y Schneider, 1993, Citado por Sagarduy et al., 2011). El efecto indirecto del estrés se refiere a la posibilidad de una interferencia de ciertas estrategias de afrontamiento sobre las conductas de autocuidado. (p.115)

En un estudio de tipo transversal, con una muestra reducida, (mujeres, casadas, dedicadas al hogar y con bajos recursos económicos Sagarduy et al. (2011) encontraron que las emociones negativas con relación a la diabetes pueden concebirse como un factor de riesgo para un buen seguimiento de una dieta adecuada, del correcto y eficiente consumo de los fármacos prescritos y del bienestar psicológico positivo. Dichos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios, en los que se ha demostrado que tanto la depresión como el estrés emergen como factores de riesgo para un buen seguimiento de las actividades de autocuidado. Asimismo, Lister et al. (2016), encontraron que de las personas que viven con diabetes quienes tenían pareja con alta expresión de emociones, informaron un mal manejo de la diabetes en todas las áreas (alimentación, actividad física, y actitud hacia la diabetes). Esto indica que las parejas con alta expresión de emociones pueden tener una influencia significativa en las prácticas de manejo de la diabetes de su pareja.

Con base en las respuestas del Cuestionario sobre Diabetes (CSD; Vázquez y Cruz, 2004, Citado por Pérez, et al., 2008) aplicado en un grupo de 600 adolescentes sanos entre 15 y 18

años seleccionados al azar con distinto grado de experiencia con la enfermedad, cuyo objetivo era conocer los conocimientos, creencias, actitudes y emociones asociados a la diabetes; se observó que para la variable emociones en relación al porcentaje de los ítems de emoción, a la mayoría de los participantes les provocaría algún tipo de emoción recibir el diagnóstico de la enfermedad, ya que un 77.3% contestó que tendría miedo, un 42.7% se enfadaría y un 74.2% se pondría triste. (p.487)

Mientras que Irvine, Cox, & Gonder-Frederick (1992), hacen notar que el temor a la hipoglucemia es un problema significativo en pacientes insulino dependiente que aspiran mantener un control preciso. Han sugerido que el miedo a la hipoglucemia puede motivar a algunos pacientes a reducir el autocuidado al mantener niveles elevados de glucosa en sangre para evitar la hipoglucemia.

Everson-Rose & Lewis (2005), indican que la serotonina es crítica en la regulación del estado de ánimo, las emociones y el comportamiento. Individuos que están ansiosos, deprimidos, enojados u hostiles, con vidas más estresantes o socialmente aislados, con frecuencia reportan perfiles bajos de comportamiento o estilos de vida menos saludables incluyendo altas tasas de tabaquismo, mayor sedentarismo y consumo de alcohol, así como cumplimiento ineficaz de regímenes médicos. En consecuencia, la desregulación inmune relacionada con la angustia puede ser el mecanismo subyacente de un gran conjunto diverso de riesgos para la salud asociadas con las emociones negativas. Por lo tanto, el efecto de la emoción negativa y los estados de ánimo sobre los marcadores inflamatorios, el sistema inmunológico y las funciones endoteliales se agravan aún más en pacientes con diabetes mellitus. Se plantea la hipótesis de que la fluctuación emocional no regulada podría conducir a la variabilidad del control de

biomarcadores para la presión arterial y la glucemia. (Chew, Shariff-Ghazali & Fernandez, 2014, p.802)

Sin embargo, los métodos de afrontamiento destinados a mitigar los sentimientos negativos concomitantes y los factores estresantes específicos, como reunirse con médicos y participar en un nuevo régimen de tratamiento usualmente asociado con el control de la diabetes, mejoran en gran medida la salud psicológica (Duangdao & Roesch, 2008). En ese sentido, Kelly, Hertzman & Daniels, (1997) encontraron que el estilo de afrontamiento represivo (caracterizado por auto-percepción muy pequeña o nula de la experiencia subjetiva con las emociones negativas) está asociado con elevadas concentraciones de glucosa en sangre.

Autocuidado y Emociones Positivas

Según Camacho (2014), para emociones positivas y negativas no se debería hacer una evaluación de tipo moral sino fenomenológico, esto es, con base en el efecto que generan. Los efectos saludables derivan de la presencia de bienestar y no simplemente de la ausencia de malestar psicológico como la ansiedad y la depresión (Moskowitz, Epel & Acree, 2008). Entonces, el bienestar puede favorecer la disminución del riesgo de tener una enfermedad más duradera y difícil (Boehm et al., 2016).

Recientes revisiones han reportado que la salud emocional positiva entendida como bienestar, afecto positivo, resiliencia y gratitud, están ligados al autocuidado, mientras que el ejercicio, adherencia al tratamiento y frecuencia en el monitoreo de glucosa, se asocian con beneficios en la salud general y a un bajo riesgo de todas las causas de mortalidad en diabetes. En realidad, los factores psicológicos positivos son importantes mediadores o predictores

independientes de los resultados clínicos en la atención crónica de la diabetes y se relacionan positivamente con las conductas de autocuidado. No obstante, todavía hay escasez de programas de salud que incorporen psicología humana e intervengan eficazmente comportamientos y resultados clínicos (Chew, Shariff-Ghazali & Fernandez, 2014).

Las emociones positivas hacia el futuro tales como “optimismo, esperanza y confianza, se consideran elementos clave a tener en cuenta para mejorar el seguimiento de la conducta de autocuidado vinculada con el ejercicio físico, a fin de lograr un mayor bienestar psicológico” (Sagarduy et al., 2011. p.129). La gratitud y el perdón predicen mejor calidad de vida con mayores efectos moderados que incrementan la vía de los afectos positivos en personas con enfermedades crónicas como la diabetes (Eaton, Bradley & Morrissey, 2014). Asimismo, altos niveles de esperanza fueron asociados con una disminución de la probabilidad de tener o evolucionar una enfermedad. De la misma forma, altos niveles de curiosidad fueron asociados con una disminución de la posibilidad de hipertensión y diabetes. Por lo tanto, la emoción positiva puede jugar un rol protector en el desarrollo de la enfermedad (Richman et al., 2005). De acuerdo con Jones, Amtmann, & Gell, (2016), las emociones positivas tienen un efecto protector contra infarto agudo al miocardio. Lyubomirsky (2011), afirma que las emociones positivas poseen la capacidad de reducir los efectos cardiovasculares persistentes de las emociones negativas. Mientras que las emociones negativas han sido ligadas con síntomas como la fatiga, mareos y trastornos del sueño. También, la satisfacción en la vida y la vitalidad emocional pero no optimismo fueron asociados con riesgo reducido de diabetes diagnosticada por un médico (Boehm, et al., 2015).

De acuerdo con estudios realizados en el Centro de Salud Cardiovascular Conductual de la Universidad de Columbia, Nueva York, se observó que aquellas personas que experimentan frecuentemente emociones positivas tienen mejor salud y menor probabilidad de sufrir afecciones cardíacas (Castro, 2014), lo cual nos lleva a sugerir que la presencia de emociones negativas tienen un impacto perjudicial en la salud o bien, en una enfermedad preexistente como es el caso de la diabetes tipo 2. Las personas que reportan altos niveles de felicidad, experimentan de mayor forma y más constantemente emociones positivas que negativas (Camacho, 2014).

Tanto la personalidad como los estilos de afrontamiento pueden predisponer a los individuos hacia mayores emociones negativas o positivas (Kiecolt-Glaser, et al., 2002). Por tanto, somos conscientes que cuando manifestamos emociones positivas podemos focalizar la atención en las tareas deseadas, mientras que las emociones negativas (por ejemplo, la tristeza) pueden frenar el proceso de razonamiento. Además, de que las emociones desempeñan un papel importante en la cooperación (Guillen 2012). En ese sentido, la salud psicológica positiva puede sostener los esfuerzos de afrontamiento a largo plazo y proteger a los pacientes de las consecuencias negativas de trastornos emocionales prolongados, percepción de la enfermedad y, por lo tanto, facilita los comportamientos de autocuidado de la diabetes y mejora la salud física (Chew, Shariff-Ghazali & Fernandez. 2014). Es así que el apoyo psicosocial a través de familiares cariñosos y compasivos, amigos, profesionales de la salud e incluso otros pacientes con diabetes, podrían inculcar una actitud positiva, sentido de resiliencia y bienestar en pacientes con diabetes.

De esta manera, los comportamientos saludables tal como la actividad física, ocasiona secreción de endorfinas reforzando el comportamiento a través del condicionamiento operante. Se presenta como una “espiral ascendente” de efectos positivos del ser físico y psicológico de la persona, en contraste con el “círculo vicioso” opuesto de las emociones negativas (Chew, Shariff-Ghazali & Fernandez 2014). Para sostener los comportamientos saludables, Sagui & Levens (2016) sugieren que intervenciones de regulación emocional pueden ser desarrolladas para atacar indirectamente la diabetes tipo 2 y enfermedades similares relacionadas como la obesidad.

En ese sentido, los pensamientos y emociones positivas que se derivan de una adecuada interacción social resultaran benéficas para el individuo ya que reducirán el malestar psicológico (Thoits, 1982), aumentaran la motivación del individuo para cuidar de sí mismo (Cohen, 1988), suprimirán la respuesta neuroendocrina y mejoraran el funcionamiento del sistema inmunológico (Cohen, 1988; Uchino et al., 1996). También, contar con una amplia red social también proporciona múltiples fuentes de información que pueden influir en las conductas de salud del individuo, hacer más eficiente la utilización de servicios de salud o ayudar a evadir o enfrentar situaciones estresantes o de alto riesgo. (Cohen, 2004, Citado por Del Castillo, 2010, p.41)

Educación para el Autocuidado de la Diabetes

Según la Asociación Mexicana de Diabetes [AMD] (2019), la Educación para el Autocuidado de la Diabetes es un proceso colaborativo de enseñanza-aprendizaje que debe centrarse en la persona que vive con diabetes y en su familia, para que ellos puedan adquirir los conocimientos y habilidades necesarias que les permitan llevar a cabo un autocuidado exitoso de

la enfermedad y de las complicaciones que pueden acompañarla. Las acciones que se emprenden en este programa deben estar encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de quienes están en riesgo de padecer la enfermedad, así como a reducir los costos de la misma.

La educación del paciente para el autocontrol de la diabetes y las enfermedades crónicas ha presentado cambios significativos; considerando que ya no es directiva ni solo informativa, como en el pasado, ya que ahora somos conscientes de que adoptar un hábito saludable depende menos de la información y las habilidades que de la motivación personal intrínseca para cambiar (Piana, et al., 2010).

Pousa Reis (2017, p.17) indica que “los siete comportamientos de autocuidado son medidas fiables y válidas para el autocuidado de la diabetes que predicen buenos resultados”.

Los siete comportamientos de autocuidado esenciales para el autocontrol exitoso y eficaz de la diabetes de acuerdo con la Asociación Estadounidense de Educadores en Diabetes [AADE] (2014) son:

1. Alimentación saludable
2. Estar activo
3. Monitoreo
4. Tomar medicamentos
5. Resolución de problemas
6. Afrontamiento saludable
7. Reducción de riesgos

Algunas de las ventajas que proporciona la educación en diabetes de acuerdo con Pérez, et al, (2008) son:

- a) El paciente podrá apoyarse en su entorno ante cualquier dificultad de una manera más efectiva al aumentar por parte de los demás el conocimiento sobre la enfermedad.
- b) Integra al paciente y a la familia en la sociedad de una forma más clara.
- c) Aumenta las expectativas futuras positivas del paciente.
- d) Estimula el desarrollo de la personalidad, la confianza y desarrollo del paciente joven.
- e) El entorno podrá proporcionar apoyo ante una dificultad médica, así como también mayor apoyo psicológico al paciente.
- f) Un mejor conocimiento por parte del entorno del paciente (por ejemplo compañeros de clase), propicia un mayor acercamiento a la normalidad y evita que la enfermedad aparte al joven del resto de su grupo de amigos.
- g) Ayudará al paciente que vive con diabetes en el manejo diario de sus problemas, en su adaptación a la vida con la enfermedad, y a modificar su conducta en cada uno de los momentos de dificultad por los que pueda pasar.
- h) Al aumentar su integración y apoyo por parte del medio social, aumentarán sus expectativas escolares y profesionales, la confianza en sí mismo, su autoestima y por último mejorará el cuidado de su enfermedad y su calidad de vida. (p.483)

Por lo tanto, se puede encontrar una gran diferencia entre 1) la educación tradicional, en la cual se ofrece información y conocimientos técnicos a los pacientes y 2) la educación en autocuidado, centrada en la enseñanza de habilidades para resolver problemas que puedan presentarse, cuyo objetivo es lograr que los enfermos crónicos se conviertan en pacientes expertos, es decir, pacientes capaces de entender su padecimiento, de responsabilizarse de su salud y de manejar correctamente las opciones terapéuticas marcadas por su equipo de salud (Garcés, 2015).

Dentro de los actores indispensables para un buen pronóstico de la diabetes está el autocuidado, que se ha demostrado forma uno de los pilares esenciales para demorar la presencia de complicaciones en pacientes que viven con diabetes. Sin embargo, cuando hablamos de autocuidado, éste no se considera como un elemento aislado, sino que interactúa con otras variables tales como la intención, el conocimiento y la habilidad para realizarlo. Asimismo, el autocuidado más que una acción es un proceso que responde al cómo la persona cuida de sí misma, mediante el cual se responsabiliza de su tratamiento individual incorporándolo a su estilo de vida habitual en función de las metas establecidas con su equipo de salud. El no realizar todas las tareas necesarias para llegar al objetivo acordado, implica la carencia de habilidades o intenciones para llevar a cabo las acciones necesarias para mejorar su estado de salud. Por lo tanto, el paciente que vive con diabetes requiere observarse de manera integral para identificar los obstáculos (físicos, sociales o emocionales) que le impiden cuidar de sí mismo con la constancia que la enfermedad demanda, tomando en cuenta sus características personales y su historia de vida. Si bien las acciones requeridas se deben originar desde el paciente mismo, es importante considerar que el autoconocimiento juega un papel fundamental en la identificación de elementos que condicionan una adecuada ejecución del autocuidado. Siendo el autocuidado

una tarea de acción continua que involucra intención y motivación, será necesario enfocar la atención en los pensamientos, ideas o creencias y emociones que influyen sobre la conducta generando impedimentos para realizarlo adecuadamente. De la misma forma, será necesario considerar que el proceso de autocuidado requiere aprenderse en función de las necesidades individuales en colaboración con los profesionales de la salud.

Capítulo 3. COVID-19

Definición COVID-19

De acuerdo con la OMS (2020), la COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2 y es considerada como una pandemia. La American Thoracic Society (2020), la define como una nueva forma de la enfermedad del Coronavirus la cual se debe al nuevo virus SARS-CoV2 que causa una infección aguda con síntomas respiratorios. Este nuevo-virus es diferente de los que causan el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) o el MERS (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente).

Las personas de más de 60 años y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, obesidad o cáncer, corren un mayor riesgo de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona, a cualquier edad, puede enfermar de COVID-19 y presentar un cuadro grave o morir. La pandemia por COVID-19 ha tenido un gran impacto en la calidad de vida de la población con enfermedades crónicas como la diabetes, no solo por interrumpir el acceso a los servicios de salud en cuanto a medicinas, consultas y visitas de seguimiento, sino también por el riesgo elevado que tienen de infección y mortalidad, sobre todo cuando no han llevado un control adecuado (Ordinola-Farías et al., 2021).

Medidas preventivas generales

- 1) Se debe alentar al lavado minucioso de las manos con agua y jabón. El uso de desinfectantes para manos a base de alcohol también es útil.

- 2) Es necesario practicar una higiene respiratoria adecuada cubriendo la boca y la nariz con el codo doblado o el tejido al toser o estornudar. Se debe evitar tocar la boca, la nariz y los ojos.
- 3) El contacto con una persona afectada debe ser minimizado. Se recomienda el uso de máscaras faciales, más aún si hay contacto con alguien con síntomas respiratorios.
- 4) Deben evitarse las visitas o viajes no esenciales a las principales áreas afectadas para restringir la propagación de la infección. (Paz-Ibarra, 2020, p.180)

Relación del COVID-19 con la diabetes mellitus

Lima-Martínez et al., (2021), afirman que los pacientes que viven con diabetes y que han sido infectados con SARS-CoV-2 tienen una tasa más alta de admisión hospitalaria, neumonía severa y mayor mortalidad en comparación con sujetos que no padecen diabetes infectados con SARS-CoV-2. De hecho, la diabetes constituye un factor de mal pronóstico en el COVID-19, con base en los resultados de un metaanálisis reciente que reportó que la diabetes incrementa 2,3 veces el riesgo de severidad y 2,5 veces el riesgo de mortalidad asociada a COVID-19. Además la diabetes se asocia con un estado inflamatorio crónico de bajo grado que favorece el desarrollo de una respuesta inflamatoria exagerada y, por tanto, la aparición del síndrome de distrés respiratorio agudo. (p.152)

La infección por SARS-CoV-2 y su gravedad en DM se explica por la concentración de partículas virales glicosiladas del virus y la presencia del receptor de ECA-2 glicosilada en el epitelio pulmonar, y el grado de respuesta inmune a la proteína spike del SARS-CoV-2 que ocurre en los días 8 a 10 después del inicio de los síntomas. La unión SARS-CoV-2 y ECA-2 también sugiere que la hiperglicemia no controlada prolongada, y no solo la presencia de DM2,

puede ser importante en la evolución de la enfermedad. También podría considerarse que una respuesta inflamatoria hiperactiva por parte de los macrófagos M1 (proinflamatorios) con anticuerpos neutralizantes contra la proteína spike en los días 7 a 10 resultaría en SARS en pacientes susceptibles. Debe recordarse que los pacientes con DM2 padecen un cuadro de inflamación crónica de bajo grado que podría facilitar la tormenta de citoquinas, que a su vez sería la causa de los casos graves de neumonías COVID-19 y de la eventual muerte de muchos pacientes (Paz-Ibarra, 2020).

Importancia del autocuidado ante el COVID-19

Ante el contexto presente que se vive en el mundo, propiciado por el COVID-19, se ha manifestado de muchas maneras la importancia del autocuidado; desde el cuidado individual por la rápida transmisión de persona a persona, hasta el cuidado producido por el efecto negativo en las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas afectadas por el SARS-CoV-2 (Cuza, Lauzán & Félix (2020). Además, los pacientes que viven con diabetes son más susceptibles a desarrollar estrés psicológico, ansiedad y depresión. El estrés en éstos pacientes, se asocia con peor control metabólico, que incluye mayor nivel de hemoglobina glucosilada, mayor índice de masa corporal y elevación de la presión arterial (Lima-Martínez et al., 2021), Las teorías de enfermería combinan aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, para satisfacer las necesidades del individuo e intervenir de manera integral; por lo que se destaca la importancia del autocuidado en pacientes con diabetes infectados con COVID-19, a través de la aplicación de la teoría de Dorothea Orem, enfocada a la prevención de complicaciones (Ordinola-Farías et al., 2021).

Durante la pandemia, la disminución de los niveles de actividad física afectó negativamente el control glucémico. No obstante, aun con los cambios en el nivel de actividad física, mantener o mejorar los hábitos dietéticos podría conducir a un mejor control glucémico en pacientes con diabetes. Durante esta pandemia de COVID-19, es probable que más pacientes con diabetes cambien al teletrabajo y se queden en casa por períodos más largos. Por lo tanto, se requiere desarrollar medidas efectivas y factibles para promover el ejercicio y la terapia dietética, especialmente para quienes realizan teletrabajo (Kishimoto et al., 2021)

Importancia del seguimiento y control de la diabetes

En 2020, con motivo de la celebración del Día Mundial de la Diabetes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatizó la importancia de implementar estrategias para prevenir, dar seguimiento y controlar esta enfermedad en el marco de la emergencia sanitaria por COVID 19, que ha supuesto desafíos tanto al sistema de salud como a quienes la padecen (INEGI, 2022).

Alrededor de la mitad de los países reportaron completa o parcial interrupción en los servicios de manejo de la hipertensión (53%) o servicios de manejo de diabetes y complicaciones de la misma (49%), siendo los países de ingresos medianos-bajos algo más propensos a reportar interrupciones a estos servicios que países en todos los demás grupos de ingresos (WHO, 2020).

De acuerdo con la OPS (2020), las razones más comunes para interrumpir o reducir los servicios fueron la cancelación de los tratamientos planificados, la disminución del transporte público disponible, el miedo a asistir a los centros de atención y la falta de personal debido a que los trabajadores sanitarios habían sido reasignados para apoyar los servicios de respuesta a la

COVID-19. Además, algunos países experimentaron interrupciones en las cadenas de suministro, así como desafíos en la distribución de medicamentos y productos de salud, todo lo cual afecta el acceso por parte de los pacientes. “Estas interrupciones probablemente tendrán un impacto en los resultados de salud para estas poblaciones vulnerables”, lo cual requiere “más esfuerzos para garantizar que las enfermedades no transmisibles se incluyan en los planes nacionales de respuesta a la COVID-19 y para asegurar métodos seguros para brindar atención clínica esencial a las personas con ENT durante la pandemia”.

Medidas para manejar COVID-19 en pacientes con diabetes

Derivado del alto riesgo que tienen las personas con diabetes de presentar complicaciones ante la infección de COVID- 19, Paz-Ibarra (2020), comparten algunas medidas para su manejo, adicionales a las medidas preventivas generales:

- 1) Mantener un buen control glicémico puesto que ayudaría a reducir el riesgo de infecciones y la gravedad de la enfermedad (por COVID-19); incluso disminuir la posibilidad de contraer una neumonía bacteriana agregada. Se requiere un monitoreo más frecuente de los niveles de glicemia capilar.
- 2) En aquellos casos en los que coexista la DM con enfermedades cardíacas o renales coexistentes se deberían tener cuidados especiales y mantener estable el estado cardiaco/renal.
- 3) La atención a la nutrición y la ingesta adecuada de proteínas es importante. Cualquier deficiencia de minerales y vitaminas debe ser atendida.
- 4) Puesto que el ejercicio mejora la inmunidad, debe fomentarse la actividad física dentro de casa y evitar lugares concurridos como gimnasios y piscinas.

5) Debe promoverse la vacunación contra la influenza y el neumococo, con el fin de disminuir la posibilidad de desarrollar una neumonía bacteriana secundaria luego de una infección viral respiratoria. No obstante, los datos de la epidemia viral actual no están disponibles. (p.181)

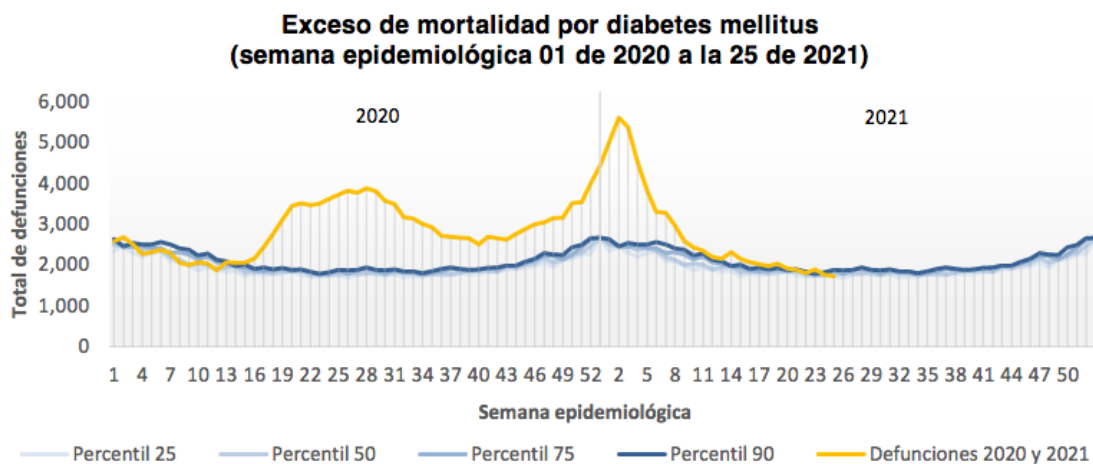
Adicionalmente (Paz-Ibarra, 2020), sugiere que de no ser urgente, se posponga la evaluación oftalmológica debido al riesgo potencial de infección por COVID-19 a través de la conjuntiva.

Mortalidad por diabetes mellitus durante la pandemia de COVID-19

En 2020, la diabetes mellitus en México, pasó a ser la tercera causa de defunciones, superada por el COVID-19 y las enfermedades del corazón. El INEGI (2022) reporta un exceso de mortalidad por diabetes mellitus (**Figura 2**) durante la semana epidemiológica 01 de 2020 a la 25 de 2021. (p. 20)

Figura 2

Mortalidad por diabetes mellitus durante la pandemia de COVID-19.



Fuente: Estadísticas de defunciones registradas, 2020, enero - junio 2021^p

Nota: p Información preliminar.

Nota: Tomado de Comunicado de prensa INEGI 24/22. 24 de enero 2022.

La pandemia por SARS-CoV2 ha puesto énfasis en las conductas de autocuidado que debe realizar la población en general para evitar contagios. Asimismo, ha generado gran impacto en el estilo de vida que estábamos acostumbrados a llevar derivado de las restricciones públicas que se han impuesto en los ámbitos familiares, sociales, laborales y comunitarios. Sin embargo, cabe destacar que para las personas que padecen enfermedades crónicas tales como la diabetes, estas restricciones han impedido en gran medida el seguimiento médico para el control de la enfermedad, dando lugar a la desatención individual del tratamiento y el incremento de riesgo de desarrollar complicaciones derivadas de la enfermedad. Motivo por el cual las conductas de autocuidado para el manejo de la diabetes se posicionan en una de las prioridades que deberían considerar las personas que viven con diabetes y sus familias. Sin embargo, la preocupación no solo radica en la posibilidad de desarrollar complicaciones durante este tiempo extendido de la

pandemia, sino también, en el riesgo que puede representar para un paciente que vive con diabetes resultar contagiado del virus SARS-CoV2, ya que tienen mayor probabilidad de requerir hospitalización y presentar complicaciones asociadas al virus, así como mayor riesgo de mortalidad. Es así que se observa la necesidad de que los pacientes que viven con diabetes cuenten con herramientas socioemocionales que les permitan manejar de forma más adecuada sus estados emocionales que pueden impactar en un control metabólico deficiente.

Capítulo 4. Adherencia Terapéutica

Definición de Adherencia Terapéutica

Alfonso, L. (2004) define a la adherencia terapéutica como: "...un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia, es un comportamiento humano modelado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. La conducta de cumplir el tratamiento médico, está medida, entre otras cosas, por el sistema de creencias y conocimientos que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos." (p.91)

Para González & Pissano (2014), la adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicación, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones sanitarias. La adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones .(OMS, 2003)

Factores que intervienen en la adherencia terapéutica

Los factores que favorecen la adherencia al tratamiento según Figuerola (2013), desde el punto de vista del tratamiento deben ser:

a) fácil de realizar: instrucciones sencillas, recordatorio escrito, b) Instrumentos necesarios accesibles, c) conocer sus beneficios, d) efectos secundarios escasos y controlables, e) resultados evaluables, f) individualizado, adecuado a las necesidades personales.

Mientras que desde el punto de vista del paciente debe considerarse:

a) concepto de salud como valor primordial, b) conocimientos y habilidades para cumplir el tratamiento, c) actitud y competencia para realizar los cambios necesarios, d) estabilidad emocional.

Con relación al equipo asistencial debe comprender:

a) escucha activa, capacidad de dar soporte sin juzgar, b) identificar el problema, explorar sentimientos, definir objetivos precisos y concretos, desarrollar un plan a largo término, c) utilización del error como base para nuevos aprendizajes, d) relación basada en la confianza y el respeto. (p.1929)

Ante una enfermedad crónica e irreversible como la diabetes, es conveniente conocer el grado de adherencia del autocuidado del paciente, mismo que está sujeto a su compromiso, participación activa, voluntaria y de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (Achury, 2007). Factores como el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento o el control percibido sobre las conductas de salud, están ligados a la adherencia al tratamiento (Arreola, Morales & Solano, 2013). Asimismo, la complejidad de los regimens de tratamiento, involucra una serie compleja de comportamientos de autocuidado, siendo el autocuidado uno de los predictores de adherencia (Wing et al., 1986).

En ese sentido, Figuerola (2013), expone que la capacidad de la persona con diabetes para actuar de modo adecuado ante una enfermedad intercurrente dependerá de:

El cumplimiento diario de su tratamiento (dieta, ejercicio, autocontrol y medicación) y la información que haya recibido para afrontar y solucionar situaciones nuevas.

Comprensiblemente la responsabilidad del tratamiento recae en el paciente (agente) de una parte y en el equipo asistencial de otra, encargado de proporcionar asesoramiento y apoyo psicológico. El resultado de la adherencia al tratamiento y de la interiorización de la instrucción recibida depende de muchos factores, aunque uno de los determinantes fundamentales es la relación de colaboración establecida entre el paciente y el terapeuta (p.635).

Por ser un fenómeno múltiple, complejo y variable, el paciente puede ser adherente total o parcialmente al tratamiento, lo cual es circunstancial (González y Pissano, 2014).

Considerando lo anterior, se podrían plantear como razones relacionadas con el paciente causantes de la falta de adherencia terapéutica según Dilla (2009):

la edad, el entorno cultural y social del paciente, nivel de educación, personalidad, creencia de que el médico no es efectivo, creencia de que no ha sido tratado correctamente, comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento, olvido, depresión, trastornos cognitivos (Alzheimer), falta de motivación, esto especialmente en dos poblaciones: ancianos y niños. (p.344)

Jiménez (2002), asevera que una intervención psicológica en la cual se realizan modificaciones en creencias, control de las emociones y autocuidado, marca la diferencia en los resultados, al facilitar la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad. Considerando que la adherencia al tratamiento en personas con DMT2 está mediada por múltiples factores que la dificultan tales como: concepciones culturales de la enfermedad, confusión entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar gran cantidad de medicamentos, miedo a las múltiples inyecciones de insulina, insatisfacción con la calidad de los servicios de salud y el costo de la enfermedad a largo plazo. (Hoyos, Arteaga & Cardona, 2011)

Por tales motivos, Del Castillo (2010), señala que si un paciente percibe su enfermedad como algo terrible y catastrófico es probable que se sienta incapaz de afrontarlo generando emociones de tristeza y angustia que harán aun más difícil que el paciente lleve a cabo lo indicado por el médico. Factores como: el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento, la percepción de susceptibilidad a la enfermedad, de severidad de la enfermedad, la autoeficacia y el control percibido sobre las conductas de salud, estarán ligados a la adherencia al tratamiento. (p.10)

Formas de la No Adherencia

La OMS (2003) enumera 3 formas de la no adherencia. 1) La no adherencia imprevisible: La más común y más reconocida por los pacientes y el personal sanitario son las dosis perdidas debido al olvido, los regímenes cambiantes, los estilos de vida ocupados. 2) La no adherencia involuntaria: Es aquella donde los pacientes pueden no adherirse involuntariamente al tratamiento prescrito debido a que no comprenden los elementos específicos del régimen, la necesidad de la adherencia o porque han olvidado las instrucciones que el médico les indicó

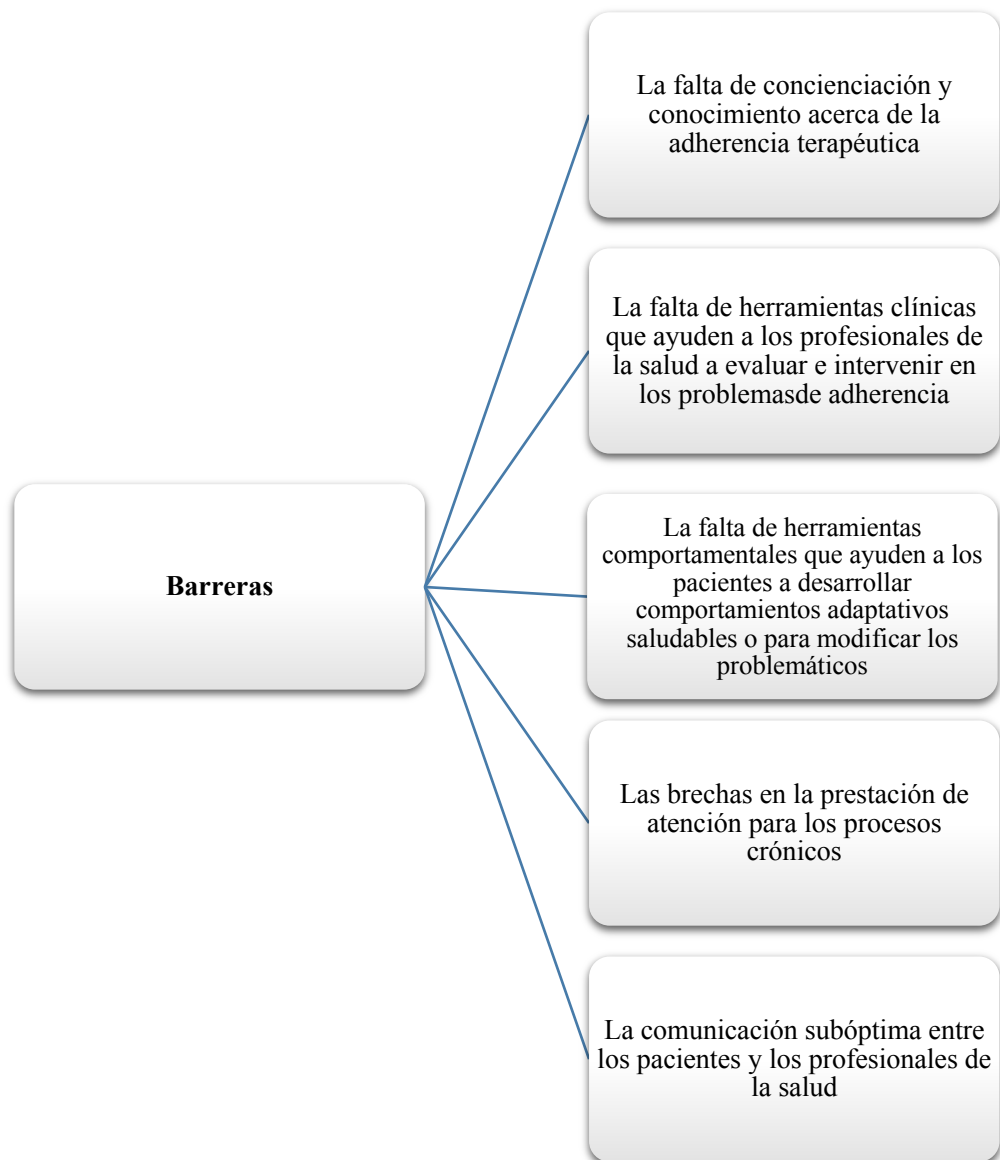
durante su consulta médica y 3) La no adherencia inteligente: Se presenta cuando los pacientes modifican a propósito, interrumpen o, incluso no llegan a iniciar el tratamiento por ejemplo con corticosteroides inhalados, por temor a los efectos colaterales percibidos a corto plazo. (p. 51)

Barreras para la Adherencia Terapéutica

La OMS (2003), identifica en la **Figura 3**, cinco barreras principales vinculadas a los factores del sistema y el equipo de salud:

Figura 3

Barreras de la adherencia terapéutica vinculadas al sistema y equipo de salud.



Por otra parte, Reynoso y Becerra (2014), señalan algunas otras barreras para la adherencia al tratamiento:

1) La complejidad y la cronicidad del tratamiento, 2) las modificaciones en el estilo de vida, 3) la interdependencia de la conducta del paciente con otras personas de su entorno que pueden facilitar su adherencia al tratamiento, 4) la ausencia de síntomas, 5) las complicaciones asociadas a la diabetes ocurren a largo plazo, por lo cual esta condición no actúa como un reforzador a la adhesión, 6) la ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento, 7) en la práctica médica convencional, no se emplean términos operativos, no se atiende al estilo de vida del paciente, no se proporcionó el feedback adecuado sobre los problemas surgidos, ni el modelado de los comportamientos requeridos, 8) la ausencia de conocimiento y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento. (p.147)

La falta de adherencia de acuerdo con Martínez-Lorca, et al., (2015), influye en los índices de mortalidad y morbilidad, generando problemas sociales en los ámbitos sanitario y económico. Por lo tanto, incrementar la adherencia terapéutica resulta necesaria considerando que la estimación del grado de adherencia en enfermedades crónicas es del 50 por ciento.

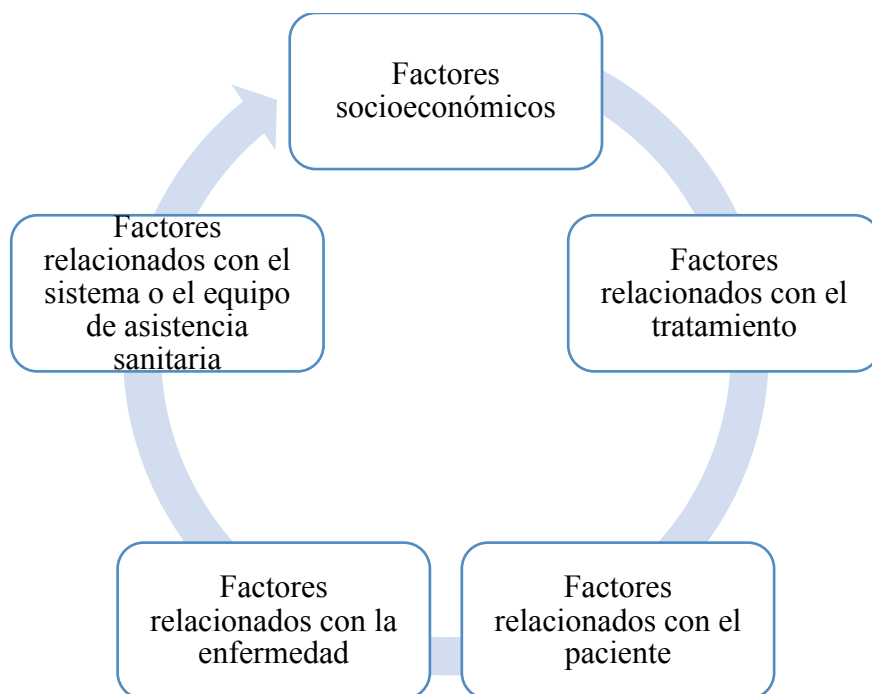
Con relación a las intervenciones relacionadas con el paciente, se ha encontrado que las principales barreras para la adherencia son la falta de información y habilidades que se aplican al autocuidado, la dificultad con la motivación, la autoeficacia y la falta de apoyo para los cambios de comportamiento (OMS, 2003).

Dimensiones que Influyen en la Adherencia Terapéutica

La OMS (2003), define que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones” tal como se muestra en la **Figura 4**.

Figura 4

Dimensiones de la adherencia terapéutica.



En términos generales podría decirse que el simple cumplimiento del tratamiento médico acompañado de la capacidad de seguir instrucciones del médico tratante, puede definirse como

adherencia terapéutica, sin embargo, el cumplimiento por sí mismo, no es lo más representativo en el proceso de adherencia, ya que también la percepción del paciente ante la gravedad de la enfermedad, la motivación y la voluntad, juegan un papel importante para adherirse al tratamiento. Considerando por un lado, que el tratamiento de la diabetes debe ser individualizado debido a los distintos factores (sociales, culturales, familiares, económicos, emocionales e intelectuales) que interactúan como facilitadores o barreras para llevar a cabo el tratamiento de manera eficiente por parte del paciente. Y por otro lado, que dicha individualización en la práctica clínica cotidiana requiere de ciertas habilidades y características en los profesionales de la salud para alcanzar el grado de adherencia esperado. Se torna difícil establecer un mecanismo único, tomando en cuenta el bajo grado de adherencia terapéutica que reportan los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Es así, que resulta necesario implementar mecanismos que contribuyan al incremento del grado de adherencia terapéutica y minimicen el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Capítulo 5. Emociones

“No olvidemos que las pequeñas emociones son los grandes capitanes de nuestra vida y que las obedecemos sin darnos cuenta de ello.”

Vincent Van Gogh.

¿Qué son las emociones?

Para Piqueras et al. (2009), las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). (p.86)

De acuerdo con Leperski (2017), en psicología una emoción se define como aquel sentimiento o percepción de los elementos y relaciones de la realidad o la imaginación, que se expresa físicamente a través de alguna función fisiológica, incluyendo reacciones de conducta tales como agresividad o llanto. Las emociones tienen una función adaptativa en nuestro organismo respecto a lo que nos rodea. Es un estado que sucede súbita y bruscamente, en forma de crisis de alguna manera violenta o pasajera.

Etimológicamente, una emoción es un movimiento del alma o del ánimo, algo que nos sacude o nos conmueve. La palabra aparece registrada en español desde el siglo XVII, cuando llegó del francés *émouvoir*, que denotaba «emocionarse» o «conmoverse», pero, en realidad, su uso

no se generalizó hasta el siglo XIX. El verbo francés provenía del latín *emovere* —formado por *ex* «hacia fuera» y *movere*—, que significaba «remover, sacar de un lugar, retirar», pero también «sacudir», como suele hacer la emoción con nuestro ánimo. (Soca, 2004, p.95)

Goleman (1998, Citado en Barragán & Morales, 2014, p.104) sugiere que “todas las emociones son impulsos en los que se halla implícita una tendencia a la acción. La misma raíz etimológica latina de la palabra así lo sugiere; en efecto, “emoción” proviene del verbo latino *movere*, que significa moverse, y el prefijo *e-*, “movimiento hacia” ”.

Fredrickson (2001, Citado en Jiménez, 2006,) explica que las emociones son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, con manifestaciones evidentes a nivel fisiológico, a través de la expresión facial, la experiencia subjetiva y el procesamiento de la información. Indica que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento previo. De acuerdo con LeDoux (1996), las emociones tienen su sede biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominado sistema límbico, que incluye el hipocampo, la circunvalación del cuerpo caloso, el tálamo anterior y la amígdala. La amígdala además de desempeñar otras funciones, es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional. Las conexiones neuronales entre estas estructuras ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del cerebro, el neocortex, son muchas y directas, lo cual asegura una comunicación de vértigo muy adaptativa en términos evolutivos. (p.9)

Diener (1994, Citado por Zubieta et al., 1998) retoma a Lazarus (1991) para definir las emociones como “...reacciones psicofisiológicas organizadas que se producen en el sujeto ante informaciones del ambiente que son relevantes para él” e indica, citando a Scherer

(1984), que se componen de elementos conductuales, no-verbales, motivacionales, fisiológicos, experimentales y cognitivos. Otras investigaciones recientes en el área aportan datos sobre la pertinencia de incluir en su análisis eventos no-observables, tales como la experiencia subjetiva y los procesos de evitación y afrontamiento (Lazarus, 1991); las tendencias de acción que las acompañan (Frijda, 1986) y los componentes motores (Zajonc, 1984). (p.1)

Las emociones tienen un papel esencial en nuestras vidas por lo que “entender su origen y función facilita su posicionamiento a nuestro favor, al desarrollar estrategias que nos permitan modelarlas, si es necesario, en congruencia con nuestro bienestar" (Castro, 2014, p.1). Además, las emociones desempeñan un papel importante en la cooperación (Guillen, 2012).

Tal como lo afirma Esquivel (2005, p.10), “no hay ser humano que puede vivir un solo día sin experimentar alguna emoción”. Una emoción es “información «íntima», un aviso respecto a qué me está pasando en este momento; un toque de atención que sitúa a cada uno en el presente” (Antoni, 2014, p.19). En ese sentido, las emociones facilitan la toma de decisiones y el impulso a actuar, lo cual constata que las emociones modifican, orientan y focalizan la atención.

Hahusseau (2010), respecto a la interacción entre emociones y cognición para la toma de decisiones, informa que la emoción, en particular la preocupación, ha demostrado ser la causante del mayor número de decisiones a corto plazo (dominio de la cognición), sobre el número de elecciones a largo plazo que pueden tener consecuencias significativas para la salud (Chew, Shariff-Ghazali & Fernandez 2014). Consecuentemente las percepciones influenciadas por las emociones y por la cultura afectará la toma de decisiones (Lynn, 2006).

Las conductas emocionales pertenecen a dos categorías funcionales, la expresión y el afrontamiento (Aguado, 2014). Por tanto, ser conscientes de las emociones, según Damasio (2001), ofrece flexibilidad de respuesta basada en la historia particular de nuestras interacciones con el ambiente.

Las emociones siempre están relacionadas con algo (interno o externo) o con alguien, y se manifiestan en tres niveles: corporal, emocional y cognitivo (Antoni, 2014). De acuerdo con Retana (2012, Citado por Casassus, 2006, p.3), señala que las emociones se pueden clasificar en positivas cuando van acompañadas de sentimientos placenteros como la felicidad y el amor denotando que la situación es benéfica; y negativas cuando van acompañadas de sentimientos desagradables y se percibe la situación como amenazante, entre las que se encuentran el miedo, la ansiedad, la ira, la hostilidad, la tristeza y el asco, o neutras cuando no van acompañadas de ningún sentimiento, entre las que se encuentra la esperanza y la sorpresa. En este sentido, “si la valoración que la persona realiza tiene valencia negativa, experimentará una emoción negativa; si tiene valencia positiva, experimentará una emoción positiva” (Prada, 2005). Asimismo, pueden entenderse como positivas o negativas con base en: “1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción o 3) la experiencia subjetiva de la emoción”. (Piqueras et al., 2009, p.92)

Diferencia entre emoción y sentimiento

Emoción y sentimiento se pueden distinguir entre sí, en la medida en que la emoción es una respuesta fisiológica esencial (más intensa aunque menos prolongada en el tiempo) que

emerge después de percibir un estímulo por medio de los sentidos. Mientras que los sentimientos (menos intensos pero más prolongados en el tiempo) pueden ser considerados como “emociones complejas” que nacen al interpretar de forma racional lo que sucede y las emociones que se experimentan. Las emociones son más usuales ya que corresponden a las respuestas normales ante un estímulo y los sentimientos dependen más de una interpretación individual, pues nacen en función de nuestros valores, pasado, perspectivas de futuro, educación, historia de vida, etc.

Las emociones, corresponden a un estado afectivo agudo, de corta duración asociado a una mayor o menor repercusión orgánica, y los sentimientos son estados afectivos complejos, más estables y duraderos que las emociones, pero menos intensos, con una respuesta duradera y persistente, pero de matices suaves (González, 2002).

Funciones de las Emociones

Piqueras et al., (2009) con base en la la función adaptativa de Plutchik destacan ocho principales funciones de las emociones y abogan por establecer un lenguaje funcional que identifique a cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que les corresponde: La correspondencia entre las emociones y su función es la siguiente: 1) miedo-protección; 2) ira-destrucción; 3) alegría-reproducción; 4) tristeza e integración; 5) confianza-afiliación; 6) asco-rechazo; 7) anticipación-exploración; 8) sorpresa-exploración”. (p.88)

Plutchik (1980) destaca las ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde. De esta manera, resulta más fácil activar este proceso y permite aplicar convenientemente el método experimental para la investigación en la emoción.

Desde el punto de vista adaptativo de acuerdo con Aguado (2014), el aspecto determinante de las emociones se asocia con la conducta con la que hace frente el individuo al estímulo o situación que la origina. La utilidad y eficacia de las pautas de cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales que denominamos «miedo», «ira», «alegría» o «tristeza» dependerán, de hasta qué punto la conducta le permite al individuo enfrentar el objeto o situación desencadenante de la emoción. (p.29)

Fernández-Abascal y Palmero (1999, Citado por Sagarduy et al., 2011, p.81) explican que el proceso emocional se desencadena por la percepción de condiciones internas y externas, que llegan a un primer filtro, conocido como evaluación valorativa. Como consecuencia de esta evaluación tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento, acompañadas de cambios fisiológicos que dan soporte a todas ellas.

La principal función de toda emoción con relación a la calidad de su información “es proporcionar orientación para la acción. Por eso, lo emocional ha desempeñado y desempeña un papel tan importante en el desarrollo de la especie humana” (Antoni, 2014, p.27). La emoción tiene más dominio sobre nuestra razón. Por consiguiente, muchas de las decisiones que tomamos en la vida no son conscientes; gran parte de ellas está dominada por ráfagas de emociones (algunas liberadas de nuestra memoria, otras provenientes de emociones nuevas) (Bachrach, 2012). Una de las funciones más importantes de la emoción, es preparar al organismo para ejecutar con eficacia la conducta exigida dadas las condiciones ambientales, movilizar la energía requerida, y dirigir la conducta (acercándola o alejándola) del objetivo establecido (Piqueras et al., 2009).

De acuerdo con Hahusseau (2010, p.56), “las emociones traen consigo comportamientos específicos destinados a satisfacer necesidades biológicas fundamentales”. Según Damasio (2001), los sentimientos al ser acontecimientos mentales, nos ayuda a resolver problemas no rutinarios que implican creatividad, juicio y toma de decisiones que requieren la presentación y manipulación de enormes cantidades de conocimiento. Asimismo, Hahusseau (2010) sostiene que la emoción promueve la interrupción de lo que se estaba haciendo, modificando de este modo el plan de acción.

Scherer (2005), declara que “las emociones disponen las tendencias de acción adaptativa y sus fundamentos motivacionales. Por ello, tienen un fuerte efecto sobre el comportamiento consecuente con las emociones, en ocasiones interrumpen las secuencias de comportamiento existentes y generan nuevas metas y planes. Además, el componente de la expresión motora de la emoción tiene un firme impacto en la comunicación, que también puede tener consecuencias significativas para la interacción social”. (p.702)

Las emociones de acuerdo con Casassus (2006, Citado por García Retana, 2012), predisponen a los individuos a una respuesta organizada en calidad de valoración primaria que puede controlarse como producto de una educación emocional, lo que conduce a influir sobre la conducta que se manifiesta, pero no sobre la emoción en sí misma, debido a que las emociones son involuntarias, por tanto, las conductas son el resultado de las decisiones tomadas por el individuo. (p.99)

Emociones básicas

Ortony & Turner (1990) muestran en la **Tabla 5**, un listado como resultado de la recopilación de una amplia gama de investigaciones sobre la identificación de las emociones básicas.

Según Izard (1991, Citado por Montañés, 2005), las emociones placer, interés, sorpresa, **tristeza**, **ira**, asco, **miedo** y desprecio consideradas como básicas cumplen con los siguientes requisitos:

1) Tienen un sustrato neural específico y distintivo. 2) Tienen una expresión o configuración facial específica y distintiva. 3) Poseen sentimientos específicos y distintivos. 4) Derivan de procesos biológicos evolutivos. 4) Manifiestan propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas. Sin embargo, Ekman, (Ekman 1973; 1989, 1993; Ekman, O'Sullivan y Matsumoto, 1991a y b) considera que solo son seis las emociones básicas (ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo. (p.7)

Tabla 5

Emociones básicas. (Tomado de Ortony & Turner, 1990).

Referencia	Emoción fundamental
Arnold (1960)	Ira, aversión, coraje, abatimiento, deseo, desesperación, miedo, odio, esperanza, amor, tristeza
Ekman, Friesen, & Ellsworth (1982)	Ira, asco, miedo, alegría, tristeza, sorpresa
Frijda (personal communication, September 8, 1986)	Deseo, felicidad, interés, sorpresa, asombro, tristeza
Gray (1982)	Rabia y terror, ansiedad, alegría
Izard(1971)	Ira, desprecio, asco, angustia, miedo, culpa, interés, alegría, vergüenza, sorpresa
James (1884)	Miedo, pena, amor, rabia
McDougall(1926)	Ira, disgusto, euforia, miedo, sujeción, emoción tierna, preguntarse
Mowrer(1960)	Dolor, placer
Oatley & Johnson-Laird (1987)	Ira, disgusto, ansiedad, felicidad, tristeza
Panksepp(1982)	Expectativa, miedo, rabia, pánico
Plutchik(1980)	Aceptación, ira, anticipación, disgusto, alegría, miedo, tristeza, sorpresa
Tomkins(1984)	Ira, interés, desprecio, repugnancia, angustia, miedo, alegría, vergüenza, sorpresa
Watson (1930)	Miedo, amor, rabia
Weiner & Graham (1984)	Felicidad, tristeza

Desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001, Citado por Piqueras et al., 2009, p.86).

Propiedades de las Emociones Básicas

Aguado (2014) basandose en investigaciones de Paul Ekman, señala las propiedades que caracterizan a las emociones básicas:

1. son universales, pudiendo ser observadas en todos los seres humanos, independientemente de la cultura a que pertenezcan.
2. son primitivas tanto filogenéticamente como ontogenéticamente; es decir, pueden encontrarse rudimentos de estas emociones en numerosas especies animales y se manifiestan en un período temprano del desarrollo individual.
3. conllevan expresiones faciales específicas, típicas de cada una de ellas.
4. van asociadas a diferentes tendencias de acción, probablemente no aprendidas, destinadas a hacer frente al suceso desencadenante de la emoción.
5. se diferencian entre sí en cuanto al patrón de activación fisiológica elicitado por el suceso emocional.
6. se basan en sistemas cerebrales especializados y preestablecidos, que se diferencian tanto funcional como neuroanatómicamente. (p.39)

Emociones y su impacto en la salud

“Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema inmunológico, trastornos coronarios, diabetes, trastornos del sueño, enfermedad de Graves, o dolor” (Montañés, 2005, p.30). Los datos científicos demuestran que el vínculo entre las emociones y la salud es especialmente fuerte en el caso de los sentimientos negativos: ira, ansiedad y depresión. Estos estados, al ser intensos y prolongados, pueden aumentar la propensión a la enfermedad, empeorar los síntomas o dificultar la recuperación. Por esta razón, nuestras emociones pueden afectar de gran manera nuestra salud (Goleman, 1997).

Las emociones influyen sobre el proceso salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo). (Piqueras et al., 2009, p.92)

Las emociones negativas debilitan el sistema inmunológico y las emociones positivas, especialmente, el buen humor, el optimismo y la esperanza, contribuyen a sobrellevar mejor una enfermedad y facilitar el proceso de recuperación. (Bisquerra & Escoda, 2007, p.77)

Camacho (2014) desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, afirma que no deben dejarse de lado las reacciones emocionales ante la enfermedad crónica, ya que el diagnóstico de una enfermedad de este tipo produce con frecuencia un fuerte impacto emocional en el paciente. Asimismo, el temor también es una respuesta común ya que muchos pacientes

pueden sentirse abrumados por el cambio que están a punto de experimentar su vida y por la posibilidad de la muerte. (p.145)

Emociones negativas

El miedo-ansiedad, la ira, y la tristeza-depresión “son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica” (Piqueras et al., 2009, p.86).

Hahusseau (2010, p.56), afirma que “la tristeza, el miedo y la ira modifican, a pesar nuestro, nuestra manera de actuar en vistas a una mejor adaptación a lo que nos rodea”.

De tal manera que la ira nos permite protegernos contra un ataque, defendernos; el miedo nos permite estar más atentos y protegernos, y la tristeza, nos incitará a buscar apoyo a nuestro alrededor o, por el contrario, a aislarnos para evacuar nuestra pena y para aceptar una pérdida. Cuando se experimenta tristeza, miedo o ira, nuestra primera reacción generalmente consiste en buscar las causas en los acontecimientos que acabamos de vivir. (Hahusseau, 2010, p.141)

Se podría decir que “las emociones negativas, como la tristeza, el miedo, la ira, provocan malestar, mientras que otro grupo de emociones, como la alegría, el optimismo, el amor, la gratitud, provocan bienestar” (Camacho, 2014 p.178). Por otro lado, Agüero (2010, p.50) sostiene que “la culpa, el miedo, la desvalorización, la insuficiente autonomía, la amargura, la ira y el conflicto son algunas de las entidades psíquicas que actúan como condiciones para la generación de enfermedades psicosomáticas”. Mientras que Lazarus (2009), afirma que

las emociones experimentadas en el estadio intruso incluyen la ira, la tristeza, la ansiedad resultante de la repentina conciencia de la propia vulnerabilidad, la culpabilidad y la vergüenza por el papel de la persona en el desastre, el miedo a no sobreponerse y los sueños angustiosos y recurrentes. A excepción de la tristeza, que implica el abandono del esfuerzo por restablecer lo perdido y aceptarlo, éstas son las emociones de una lucha contra la permanencia de la pérdida, que es similar a lo que ocurre con el dolor. (p.170)

IRA

“La ira solo anida en el pecho de los locos”

Albert Einstein

La palabra ira viene del latín ira (enojo, cólera). De ahí también vienen las palabras airar, iracundo y airado. La palabra latina viene de la raíz indoeuropea *ies (mover rápidamente, pasión).

Frazzetto (2014) declara que la ira es una emoción electrizante que nos pone en condiciones de emprender la acción, una emoción primitiva y poderosa que puede resultar difícil de contener. La ira es también miedo acorazado, para que haga su aparición basta con que los acontecimientos se den en sentido contrario a lo que esperábamos. Representa el poder irreprimible de las emociones. Pone a prueba nuestro juicio al ponernos a reflexionar sobre cómo comportarnos en circunstancias frustrantes, cómo responder adecuadamente a una ofensa y cómo decidir sobre la mejor acción posible. La ira va unida a la elección. (p.13)

Goleman (2012), citando una afirmación de Aristóteles en relación a la ira, enuncia “cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo, pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo”. (p. 24)

El estrés se acompaña de emociones como enojo, envidia, celos, ansiedad, pena, vergüenza y tristeza, ya que estas aparecen como consecuencia de eventos evaluados como

amenazantes, desafiantes o dañinos. Y tanto la emoción como el estrés utilizan vías de expresión autonómicas, es decir, la activación del sistema nervioso simpático (Folkman & Lazarus, 1985).

Esto es, en presencia de estrés, “la emoción se desarrolla como consecuencia de la evaluación que hace el individuo respecto de alguna situación” (Reynoso y Becerra, 2014, p.135). De tal manera que el individuo expresará ira si se siente maltratado, despreciado, ofendido o cuando no quiere o puede tolerar cierto tipo de conductas (Frazzetto, 2014). Por ejemplo, con la sola expresión facial de enojo, se sobrecarga el sistema límbico, lo que disminuye el desempeño del córtex prefrontal. Además, al limitarse la habilidad de mantenerse en el tiempo presente; se tendrá la tendencia a responder mucho más a las cosas negativas, se tomarán menos riesgos y se pondrá mayor énfasis en el lado negativo de las cosas, lo cual puede conducir a toma de decisiones que no generen bienestar (Bachrach, 2012).

La ira “representa nuestras facultades de indignación, nos da la energía para luchar contara las injusticias. Permite poner en cuestión las percepciones negativas de nosotros mismos” (Hahusseau 2010, p.140). Puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos. En segundo lugar, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular. Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira (Piqueras et al., p.92).

MIEDO

La palabra miedo proviene del término latino *metus – us* 'miedo'. Se trata de una alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio, ya sea producto de la imaginación o propio de la realidad. Mientras que en el griego, el término utilizado para referirse al miedo es *phobos*, de donde proviene precisamente la palabra fobia.

Zamora (2005) con relación al miedo describe que “es uno de los componentes adhesivos de la cohesión social; invisible, pero siempre presente en diversas formas y manifestaciones a lo largo de la historia de la humanidad”. Se localiza en la raíz de la fragilidad del individuo, así como de la necesidad de interactuar con otros Y tiene como función, formar parte de los mecanismos de reproducción y recreación del orden social. (p.25)

El miedo se relaciona con la forma cómo el paciente gestiona lo que piensa que puede suceder y de eso dependerá la actitud que adopte. Tiene un aspecto constructivo al permitirle observar cómo se relaciona con lo desconocido. Puede somatizarse como angustia ante una experiencia de pérdida o miedo al error (Antoni, 2014). También, señala el peligro potencial, permite la puesta en alerta desde el punto de vista físico, aumenta la concentración, incita a la prudencia, y permite establecer estrategias de repliegue como medida de protección y supervivencia (Hahusseau, 2010). Sin embargo, las emociones como respuesta activa del proceso de enculturación en la intención de interpretar el vocabulario emocional, requiere de cuidado, considerando la dificultad que existe entre culturas con relación al contenido o expresión (Zamora, 2005).

La reacción emocional generada por la amenaza de la pérdida es, al principio, una combinación indiferenciada de miedo e ira, subjetivamente sentida como un incremento de tensión, alerta o conciencia del peligro. Si son prolongados e intensos, la ira y el miedo son fisiológicamente estresantes y pueden perjudicar al organismo (Lazarus, 2009). En otros términos, el miedo puede ser definido como la respuesta orgánica a un estímulo (situación o fenómeno) inscrito genéticamente como peligroso. Se ha clasificado al miedo como “una emoción negativa, es decir, que al igual que la ira o la angustia, genera en el individuo que lo experimenta un estado mental no saludable, desequilibrante de su estado emocional y psíquico” (Zamora, 2005, p.24). Unestahl (2011) manifiesta que se puede entrenar a sí mismo a no tener miedo. Para empezar, hay que entrenarse para tener menos miedo.

De acuerdo con Hahusseau (2010, p.141), existen tres tipos de miedos fundamentales:

- 1) Las heridas, la enfermedad y la muerte.
- 2) El juicio negativo o el rechazo de los otros y, por consiguiente, la soledad.
- 3) El miedo a la angustia.

Por lo tanto, todos los demás miedos, los llamados miedos comunes, se derivan de los miedos fundamentales.

El mecanismo del miedo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes; este fenómeno se produciría ante una situación de amenaza real. (Piqueras et al., 2009, p.90)

TRISTEZA

Triste procede del latín *tristis*, que significa ‘triste’ ‘taciturno’, ‘lúgubre’, ‘melancólico’, ‘de mal humor’, ‘infausto’. En sentido figurado: ‘amargo al paladar’, ‘fétido’, ‘cruel’, ‘desagradable de ver’, ‘desgraciado’, ‘de mal agüero’, ‘amenazador’.

La tristeza considerada como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa, tiene una función filogenética adaptativa para conseguir la atención y el cuidado de los demás, crear un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o mantenerse en un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a procesos de adaptación presentados posteriormente (Whybrow, Akiskal & McKinney, 1984). Dada la relación entre las emociones negativas y la respuesta al estrés, la experiencia de la tristeza dependerá de la evaluación cognitiva realizada sobre la demanda situacional y los recursos con que cuenta el sujeto para afrontar la situación, que en este caso sería negativa y con frecuencia predominaría cuando el estresor o los estresores se vuelven crónicos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

La tristeza, como emoción básica, “se observa que es precursora de la depresión como patología, la cual cursa por lo general con niveles altos de ansiedad” (Piqueras et al., 2009, p.100).

Para Antoni (2014), es una emoción reflexiva, siempre relacionada de alguna manera con el pasado. Tristes, nos interiorizamos. Tristes, no sabemos muy bien lo que queremos. Tristes, no sabemos qué necesitamos. Ese «no saber qué necesitamos» nos lleva a prestar atención, para reconocer cómo me siento, y también me permite tomar conciencia de cómo va

cambiando el sentimiento. Una de las funciones que cumple la tristeza en su expresión no neurótica es hacernos aflojar, soltar. Como el sueño. Gracias a ese aflojamiento —relajar, soltar tensión, abrir las manos— llegamos a desprendernos de algo que tuvimos y que ya no tenemos. Desprendernos de lo que tuvimos suele ser percibido como pérdida; reconocer la pérdida posibilita, muchas veces, ver lo que sí tenemos ahora, lo que hay en el presente. Cuando no reconocemos lo perdido —no soltamos, apretamos los puños—, caemos fácilmente en la rabia. (p.157)

De acuerdo con Hahusseau (2010), la tristeza es útil: a) cuando perdemos a alguien o nos separamos de lo que amamos, b) cuando vivenciamos una separación o la pérdida de un vínculo, c) cuando se ignoran nuestros sentimientos o d) cuando no alcanzamos los objetivos que nos hemos fijado. Sin embargo, “la tristeza puede servirnos en algunos casos para sacar lecciones y para protegernos. (p.137)

De tal manera que siguiendo a Hahusseau (2010), cuando estamos tristes, nuestros pensamientos quedan modificados por esta emoción, tendemos a generalizar, y por lo tanto estimamos que esta situación ya existe desde hace mucho tiempo.

Investigaciones realizadas por Barra (2003a, 2003b) y Salovey et al (2000); señalan que la afectividad negativa perjudica la salud física, todo esto aunado a la consecuencia perjudicial de la inhibición emocional, así como también, la atención constante al estrés e hipervigilancia, que van perpetuando la sobreactivación del organismo y así, la generación y mantenimiento de diversa sintomatología en la salud física de los individuos. (Barra, 2003a, 2003b; Crossley & Morgado, 2004; Martínez-Sánchez, Páez, Pennebaker & Rimé, 2002; Mendoza &

Mendoza, 2001; Nieto- Munuera, Abad, Albert & Arreal, 2003; Salovey et al., 2000; Suinn, 2001; Valdés & De Flores, 1990, Citado por Garrido-Rojas, L., 2006, p.503).

Así, “una mirada huidiza, una cabeza gacha, una posición encorvada, dificultades para sonreír, unos ojos brillantes... traicionan la tristeza de alguien que intenta contenerla” Hahusseau (2010, p.33). Por lo tanto, los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute del sujeto con respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables. (Piqueras et al., 2009, p.92)

Teniendo en cuenta que las emociones son impulsos naturales con una tendencia a la acción, que son intensas pero breves en el tiempo, que surgen ante la evaluación de acontecimientos previos, que son universales, que tienen una función adaptativa y siendo inevitable tener emociones básicas tales como ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo en la vida cotidiana al ser seres pensantes y sintientes, esto nos lleva a tomar conciencia del papel que juegan y de la importancia de entender su origen y función ya que la presencia de emociones representa una forma de manifestar nuestras necesidades internas y externas a través de nuestros pensamientos y conductas (pasados, presentes y futuros). Las emociones (positivas y negativas) nos habilitan o deshabilitan para tomar decisiones y atender dichas necesidades. Por lo tanto, ser conscientes de nuestras emociones, nos invita a ser flexibles en nuestras respuestas, basándonos en nuestra historia personal y nuestras experiencias sociales. Derivado del impacto que se ha comprobado tienen las emociones en nuestra salud, especialmente las emociones negativas, no deberíamos dejar de lado las reacciones emocionales en enfermedad crónicas como la diabetes, ya que el diagnóstico de una enfermedad de este tipo genera fuerte impacto emocional en los pacientes. Por tal motivo, reconocer y nombrar las emociones como resultado de una educación

emocional y toma de conciencia corporal nos posibilitan para lograr bienestar biológico, físico y emocional y pronosticar mejores resultados en el automanejo de la enfermedad.

La **Tabla 6**, describe las características de las emociones negativas básicas que abarcará el presente estudio en el impacto del autocuidado y la adherencia terapéutica de personas que viven con diabetes tipo 2 (Montañés, 2005. p.4).

Tabla 6

Características de las emociones negativas básicas (Tomado de Montañés, 2005).

<i>Emoción</i>	<i>Características</i>	<i>Instigadores</i>	<i>Actividad fisiológica</i>	<i>Procesos cognitivos implicados</i>	<i>Función</i>	<i>Experiencia subjetiva</i>
<i>IRA</i>	La ira es el componente emocional del complejo AHI (Agresividad-Hostilidad-Ira). La hostilidad hace referencia al componente cognitivo y la agresividad al conductual. Dicho síndrome está relacionado con trastornos psicofisiológicos, especialmente las alteraciones cardiovasculares (Fdez-Abascal y Martín, 1994a,b).	Estimulación aversiva, tanto física o sensorial, como cognitiva (Berkowitz, 1990) Condiciones que generan frustración (Miller, 1941), interrupción de una conducta motivada, situaciones injustas (Izard, 1991), o atentados contra valores morales (Berkowitz, 1990).	Elevada actividad neuronal y muscular (Tomkins, 1963). Reactividad cardiovascular intensa (elevación en los índices de frecuencia cardiaca, presión sistólica y diastólica) (Cacioppo y cols., 1993).	Focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o son responsables de la frustración (Stein y Jewett, 1986). Obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos.	Movilización de energía para las reacciones de autodefensa o de ataque (Averill, 1982). Eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre concluye en	Sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática. Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Relacionada con impaciencia.

<i>Emoción</i>	<i>Características</i>	<i>Instigadores</i>	<i>Actividad fisiológica</i>	<i>Procesos cognitivos implicados</i>	<i>Función</i>	<i>Experiencia subjetiva</i>
		Extinción de la operante, especialmente en programas de reforzamiento continuo (Skinner, 1953)			agresión (Lemerise y Dodge, 1993), al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.	
		Inmovilidad (Watson, 1925), restricción física o psicológica (Campos y Stenberg, 1981)				

<i>Emoción</i>	<i>Características</i>	<i>Instigadores</i>	<i>Actividad fisiológica</i>	<i>Procesos cognitivos implicados</i>	<i>Función</i>	<i>Experiencia subjetiva</i>
<i>MIEDO</i>	<p>El miedo y la ansiedad quizá sean las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se han desarrollado un arsenal de técnicas de intervención desde cualquier orientación teórica en psicología. El componente patológico son los trastornos por ansiedad están relacionados con una reacción de miedo desmedida e inapropiada. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos. La distinción entre ansiedad y miedo podría concretarse en que la reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, mientras que la ansiedad es desproporcionadamente intensa con la supuesta peligrosidad del</p>	<p>Situaciones potencialmente peligrosas o EC's que producen RC de miedo. Los estímulos condicionados a una reacción de miedo pueden ser de lo más variado y, por supuesto, carecer objetivamente de peligro.</p> <p>Situaciones novedosas y misteriosas, especialmente en niños (Schwartz, Izard y Ansul, 1985).</p> <p>Abismo visual (Gibson y Walk, 1960) en niños, así como altura y profundidad (Campos, Hiatt, Ramsay, Henderson y Svejda, 1978)</p> <p>Procesos de valoración secundaria que interpretan una</p>	<p>Aceleración de la frecuencia cardiaca, incremento de la conductancia y de las fluctuaciones de la misma (Cacioppo y cols., 1993).</p>	<p>Valoración primaria: amenaza. Valoración secundaria: ausencia de estrategias de afrontamiento apropiadas (Lazarus, 1993).</p> <p>Reducción de la eficacia de los procesos cognitivos, obnubilación. Focalización de la percepción casi con exclusividad en el estímulo temido.</p>	<p>Facilitación de respuestas de escape o evitación de la situación peligrosa. El miedo es la reacción emocional más relevante en los procedimientos de reforzamiento negativo (Pierce y Epling, 1995).</p> <p>Al prestar una atención casi exclusiva al estímulo temido, facilita que el organismo reaccione rápidamente ante el mismo.</p> <p>Moviliza gran cantidad de energía. El organismo puede</p>	<p>Se trata de una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar.</p> <p>Preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud.</p> <p>Sensación de pérdida de control.</p>

<i>Emoción</i>	<i>Características</i>	<i>Instigadores</i>	<i>Actividad fisiológica</i>	<i>Procesos cognitivos implicados</i>	<i>Función</i>	<i>Experiencia subjetiva</i>
	estímulo (Bermúdez y Luna, 1980; Miguel-Tobal, 1995).	situación como peligrosa (Lazarus, 1977, 1991a).				
		Dolor y anticipación del dolor (Fernández y Turk, 1992)				
		Pérdida de sustento (Watson, 1920) y, en general, cambio repentino de estimulación.				
					ejecutar respuestas de manera mucho más intensa que en condiciones normales. Si la reacción es excesiva, la eficacia disminuye, según la relación entre activación y rendimiento (Yerkes y Dodson, 1908).	

<i>Emoción</i>	<i>Características</i>	<i>Instigadores</i>	<i>Actividad fisiológica</i>	<i>Procesos cognitivos implicados</i>	<i>Función</i>	<i>Experiencia subjetiva</i>
<i>TRISTEZA</i>	Aunque se considera tradicionalmente como una de las emociones displacenteras, no siempre es negativa (Stearns, 1993). Existe gran variabilidad cultural e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla.	Separación física o psicológica, pérdida o fracaso (Camras y Allison, 1989)	Actividad neurológica elevada y sostenida (Reeve, 1994).	Valoración de pérdida o daño que no puede ser reparado (Stein y Levine, 1990).	Cohesión con otras personas, especialmente con aquéllos que se encuentran en la misma situación (Averill, 1979).	Desánimo, melancolía, desaliento.
		Decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo.	Ligero aumento en frecuencia cardiaca, presión sanguínea y resistencia eléctrica de la piel (Sinha, Lovallo y Parsons, 1992).	Focalización de la atención en las consecuencias a nivel interno de la situación (Stein y Jewett, 1986).	Disminución en el ritmo de actividad. Valoración de otros aspectos de la vida que antes de la pérdida no se les prestaba atención (Izard, 1991).	
		Situaciones de indefensión, ausencia de predicción y control. Según Seligman (1975) la tristeza aparece después de una experiencia en la que se genera miedo debido a que la tristeza es el proceso oponente del pánico y actividad frenética.		La tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de depresión (triada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información), que son, según Beck, los factores principales en el desarrollo de dicho trastorno emocional (Beck, 1983)	Comunicación a los demás que no se encuentra bien y ello puede generar ayuda de otras personas (Tomkins, 1963), así como apaciguamiento de reacciones de agresión por parte de los demás (Savitsky y Sim, 1974), empatía, o comportamientos altruistas (Huebner e Izard, 1988).	Pérdida de energía

Emoción

Características

Instigadores

*Actividad
fisiológica*

*Procesos cognitivos
implicados*

Función

Experiencia subjetiva

Ausencia de actividades
reforzadas y conductas
adaptativas (Lewinsohn, 1974)

Dolor crónico (Sternbach,
1978, 1982)

Herramientas socioemocionales

Expresión emocional

Markus & Kitayama (1991) señalan que la distinción entre experimentar y expresar las emociones parece ser relevante en muchas culturas y plantean cuatro relaciones lógicas entre la experiencia y la expresión emocional. En este sentido, las personas pueden ser: a) alentadas a expresar ciertas emociones cuando las experimentan; b) desalentadas a expresar ciertas emociones cuando éstas se experimentan; c) alentadas a expresar ciertas emociones aún cuando no se experimenten; y d) desalentadas a expresar emociones que no se experimentan. (Zubieta, Fernández, Vergara, Martínez & Candia, 1998, p.2).

Dentro del estudio subjetivo de la experiencia emocional, Izard (1994) evaluó la evidencia existente acerca de los sentimientos que se asociarían a una expresión emocional particular, postulando que existe una conexión evolucionaria y biológica entre lo que se entiende por un sentimiento y su expresión comportamental.

Como parte del estudio de las emociones y del análisis de las diferencias individuales en la expresión emocional (Fernández, et al., 2007, p.12) encontraron que “una cuestión de interés ha sido el concluir cuál es la influencia de factores socio-culturales en la experiencia (fisiológica y subjetiva) de las emociones”. Asimismo identificaron que la expresión y reconocimiento de emociones tiene un alto valor adaptativo.

Para Lynn (2006) preguntarnos ¿Cómo expresamos nuestra alegría, tristeza, temor, ira? ayuda a describir como el componente conductual es la forma en que se expresan esas emociones. A través de las expresiones faciales, los gestos, la posición del cuerpo, el contacto, la posición y expresión de los ojos y el tono de voz es que se realizan las expresiones conductuales definidas de las emociones. Dentro de éstas, también se incluyen las palabras y las acciones.

Los aspectos instrumentales de la conducta (es decir, lo que hacemos y cómo interactuamos) están recíprocamente modulados por las cogniciones y emociones (Sánchez Sosa, 2002); así, quien tenga un estilo de conducta relativamente estable, tendrá también el tipo de emoción y pensamiento que permita dicho estilo. (Sagarduy et al., 2011. p.66)

La mayoría de las personas tenemos la capacidad de mejorar la expresión conductual. La expresión de las emociones en los animales y en los seres humanos, realizan funciones adaptativas, sociales y motivacionales, “incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal“ (Piqueras et al., 2009, p.88). La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción moviliza la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. En este sentido, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia (Montañés, M. C, 2005. p.6).

Regulación Emocional

La regulación emocional se define como "... aquellos intentos que hace el individuo para influenciar sus emociones, cuándo tenerlas, y como estas emociones se experimentan y expresan. Tales esfuerzos pueden ser automáticos o controlados, conscientes o inconscientes y su uso puede darse tanto en emociones positivas como en negativas". (Parrot, 1993, Citado por Sánchez Aragón et al., 2008, p.16)

Thompson (1994), define regulación emocional como "...el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta". (Citado por Garrido-Rojas, 2006, p.499)

De acuerdo con del Pozo (2013), regular adecuadamente las emociones supone: a) No someter las emociones a censura. Las emociones no son buenas o malas, salvo cuando por nuestra falta de habilidad hacen daño, a nosotros o a otras personas, b) Permanecer atentos a las señales emocionales, tanto a nivel físico como psicológico c) Investigar cuáles son las situaciones que desencadenan emociones negativas o descontroladas, d) Designar de forma concreta las emociones y los sentimientos y señalar las sensaciones que se reflejan en nuestro cuerpo, en lugar de hacer una descripción general, e) Expresar nuestros sentimientos a la persona que los ha desencadenado, sin acusaciones ni malas formas y detallando qué situación o conducta es la que nos ha afectado, f) No esperar a que se dé la situación idónea para comunicar los sentimientos, es mejor tomar la iniciativa y g) Descargar físicamente el malestar o la ansiedad que nos generan las emociones negativas. (p.43)

De igual forma, Ortega & Tena-Suck (2016), expresan que una regulación emocional efectiva:

implica adaptación al contexto y congruencia con la controlabilidad de los eventos internos y externos, así como con las metas a largo plazo lo que implica: a) Pausarse y permitir la experiencia de los eventos privados de la emoción (pensamientos, sensaciones, impulsos, sentimientos), sin evitarlos (de manera cognitiva o conductual), resistirse a ellos (lamentarse por tenerla) o actuar por impulso para modificarlos b) Reconocer la emoción (nombrarla), c) Discriminar qué tan controlables son la situación y la emoción misma y d) Tomar consciencia y jerarquización de los valores personales y metas a largo plazo. (p56)

Fernández & Bejar (2009, p.248) mencionan que “nuestra capacidad de regulación emocional puede ser considerada como factor protector de nuestra salud mental y bienestar”. Y la expresión de las emociones pueden considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas del individuo Por lo tanto, una adecuada regulación emocional puede influir directamente en la toma de decisiones del paciente sobre su autocuidado y adherencia terapéutica (Piana et al., 2010). En el mismo sentido, Bisquerra & Escoda (2007, p.67), manifiestan que “para que haya autoeficacia se requiere conocimiento de las propias emociones y capacidad para regularlas hacia los resultados deseados”. Asimismo, “la interacción con otros también contribuirá a la regulación emocional, incrementando el afecto positivo y ayudando a la regulación de la intensidad y duración de los estados de ánimo negativos Cohen (1988, Citado por Del Castillo, 2010, p.41).

Competencias Socioemocionales

Las competencias básicas se definen como un sistema de acción complejo que engloba las habilidades intelectuales, las actitudes y otros elementos no cognitivos (Simone y Hersh, 2002), “las cuales son adquiridas y desarrolladas por los sujetos a lo largo de su vida y resultan necesarias para participar eficazmente en múltiples contextos sociales” (Sarramona, 2003, Citado por Repetto & Pena, 2010, p.90).

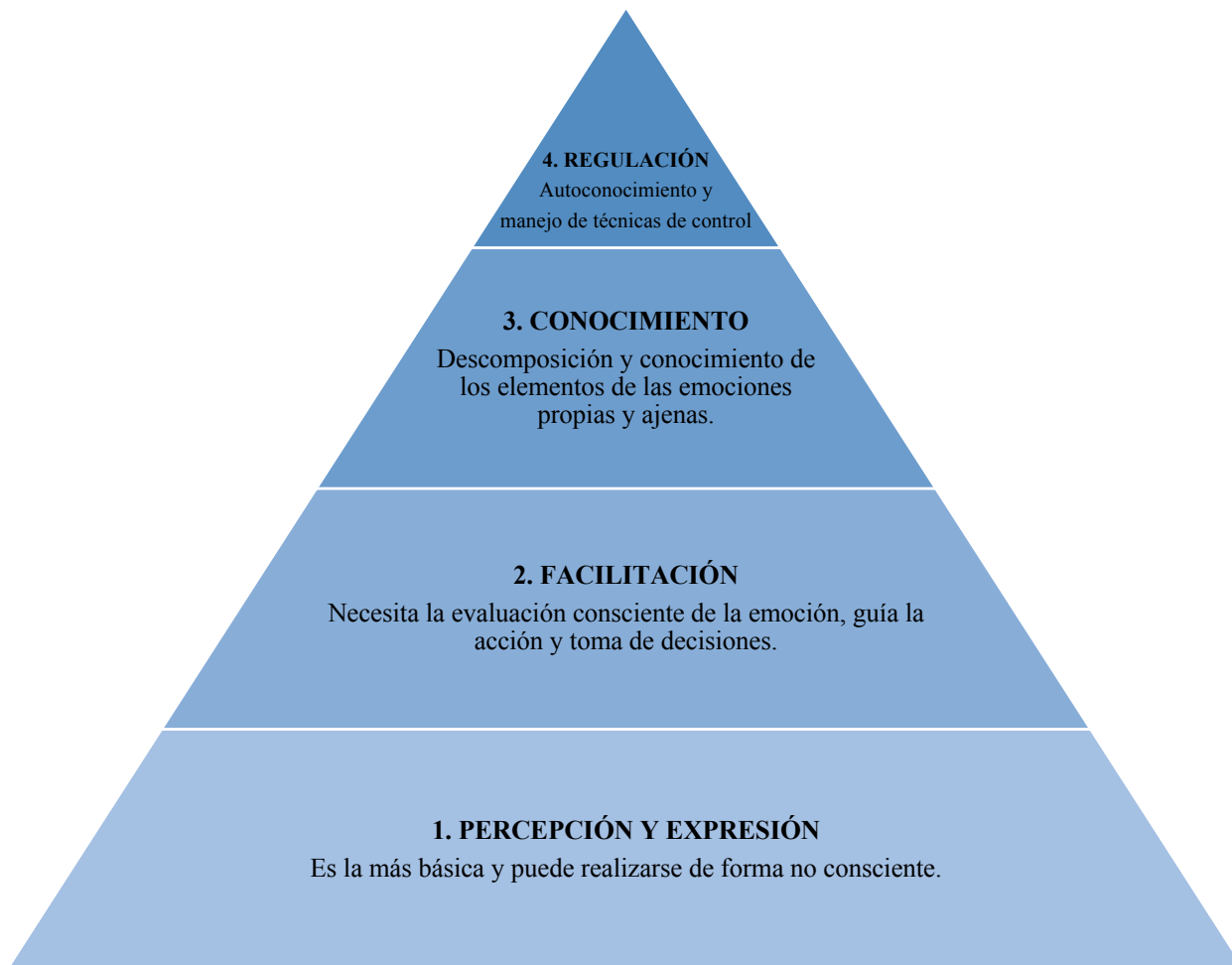
Las competencias socioemocionales se basan fundamentalmente en el modelo de habilidad de Salovey & Mayer que se visualiza en la **Figura 5**, el cual considera que la Inteligencia Emocional (IE) se conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas:

1. Habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud.
2. Habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
3. Habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional.
4. Habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual. (Berrocal y Pacheco, 2005, p.68)

Este modelo de IE se basa en el procesamiento emocional de la información y subraya el valor adaptativo de las emociones sin importar su valencia. En este sentido, aquellos individuos con una mayor IE son capaces de percibir, comprender y regular sus emociones y las de los demás de manera más efectiva que aquellos con menos IE (Salovey y Mayer, 1990).

Figura 5

Modelo de habilidad de IE (Tomado de Salovey & Mayer, 1997).



De acuerdo con el modelo pentagonal de competencias emocionales de Bisquerra y Escoda (2007, p.146.), las competencias emocionales se entienden "...como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Refieren a la

competencia emocional como un constructo amplio que incluye diversos procesos y provoca una variedad de consecuencias.

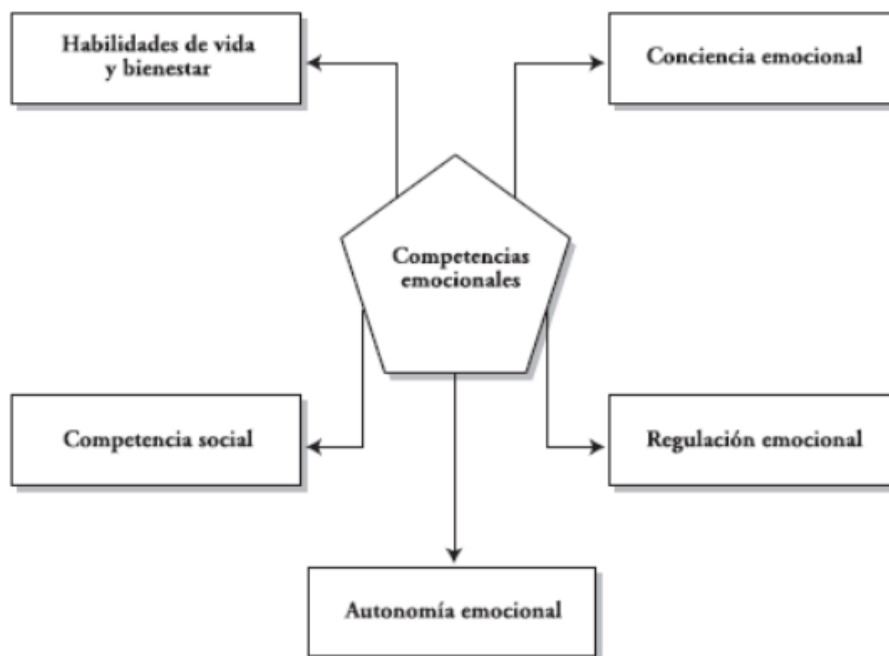
Salovey y Sluyter (1997) identifican cinco dimensiones básicas en las competencias emocionales: 1) cooperación, 2) asertividad, 3) responsabilidad, 4) empatía, y 5) autocontrol. Estas dimensiones se solapan con el concepto de inteligencia emocional, tal como lo define Goleman (1995), dividido en cinco dominios: 1) auto-conciencia emocional, 2) manejo de las emociones, 3) automotivación, 4) empatía y 5) habilidades sociales (p.66).

La **Figura 6** presenta el modelo de competencias emocionales que se estructura en cinco grandes competencias.

Para Saarni (2000), la competencia emocional “se relaciona con la demostración de autoeficacia al expresar emociones en las transacciones sociales (*“emotion-eliciting social transactions”*)”. Este autor define la autoeficacia como “la capacidad y las habilidades que tiene el individuo para lograr los objetivos deseados”. (Citado por Bisquerra y Escoda, 2007, p.66)

Figura 6

Modelo pentagonal de competencias emocionales (Tomado de Bisquerra 2009).



Con relación a las competencias sociales, Del Pozo (2013, p.32) describe a una persona socialmente competente, “cuando ésta es capaz de expresar sentimientos, deseos, opiniones de un modo adecuado a la situación, consiguiendo, generalmente, sus objetivos, a la vez que respeta a los demás y minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Hablar de herramientas socioemocionales en pacientes con diabetes tipo 2, corresponde a proporcionar los conocimientos necesarios para que el paciente pueda comprender sus emociones como parte del autoconocimiento necesario para identificar sus pensamientos, las emociones que éstos generan y las conductas que originan y cómo estas conductas contribuyen a

su vida con diabetes. Corresponde también a explorar las formas en que expresa sus necesidades tomando conciencia de lo que ese estilo de comunicación trae como resultado y aprender otros caminos para expresarlas adecuadamente, reforzar sus habilidades sociales y cultivar el estado emocional que obtiene al final. Asimismo, una vez que el autoconocimiento emocional está en marcha, entender cómo puede influenciar sus emociones de manera más consciente, prestando atención a las señales físicas, y elegir cómo expresarlas con el objetivo de auxiliarse en la toma de decisiones para lograr las metas establecidas. Siendo este proceso de autoconocimiento emocional uno de los cimientos para desarrollar las competencias básicas y establecer una comunicación efectiva consigo mismo y con el entorno en distintos contextos sociales, también le faculta para tomar responsabilidad de sus propias emociones y de las conductas que de éstas se derivan. La expresión emocional es esencial para procesar las experiencias, y para nuestro bienestar. Principalmente en el contexto de las emociones negativas, pues no expresar nuestras emociones y en lugar de esto contenerlas, significa no permitir que fluya eso que nos incomoda o nos causa dolor.

II. Estudio Exploratorio mixto: ¿Cómo las emociones negativas pueden impactar en las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes tipo 2?.

“No es lo que te ocurre, sino como reaccionas, lo que importa”

Epicteto

Planteamiento del Problema

El incremento en la prevalencia de DMT2 en el mundo y específicamente en México, nos indica que las intervenciones realizadas para su tratamiento no están siendo completamente adecuadas o completas, ya que los modelos de atención para el manejo y control de la diabetes en las instituciones de salud pública, no cuentan con programas complementarios para la atención de emociones como herramienta para un manejo integral y más eficiente de la enfermedad. Asimismo, la baja adherencia al tratamiento a largo plazo de enfermedades crónicas como la diabetes se convierte en fuente de complicaciones en el mediano y largo plazo. Al ser la diabetes una enfermedad compleja y multifactorial, son evidentes las dificultades que presenta un gran número de pacientes para seguir las recomendaciones del tratamiento ante un cambio importante en el estilo de vida el cual conlleva implicaciones psicológicas y emocionales que requieren ser atendidas en espera de implementar estrategias de autocuidado más efectivas que favorezcan sus condiciones de salud futuras. Las personas con diabetes en los países en vías de desarrollo se enfrentan a una mayor amenaza de complicaciones por la diabetes que en los países más ricos. Las complicaciones derivadas de la diabetes, representan una causa importante de discapacidad, disminución de la calidad de vida y muerte. La diabetes mal gestionada conduce a complicaciones graves y muerte prematura (FID, 2015). El hecho de tratarse de una enfermedad crónica que puede y debe ser controlada por la propia persona, pone de relieve la importancia de

las acciones y programas educativos dirigidos a las personas afectadas, a su entorno y a la población en general (Figuerola, 2013, p.122). La **Figura 7** explica la problemática expuesta.

Figura 7

Problemática de la Diabetes tipo 2.



Justificación

Debido al constante incremento en incidencia y prevalencia, la atención de la diabetes tipo 2 por ser una de las condiciones de salud más exigentes emocional y conductualmente, se ha convertido en uno de los desafíos de salud más importantes en el momento actual, pues ha llegado a ser una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en el mundo, generando con esto una creciente demanda y presión para los sistemas de salud. Al ser un fenómeno multifactorial, implica cambios y ajustes en diversas áreas del individuo y requiere un tratamiento integral que incluya el manejo de aspectos psicosociales y psicoemocionales que apoyen la toma de decisiones del paciente sobre su autocuidado y adherencia terapéutica. Siendo éstos los pilares para manejar adecuadamente las enfermedades crónicas como la diabetes y mejorar la calidad de vida de quien la padece.

Con base en la literatura revisada, se pudo observar que se ha dado prioridad al estudio y creación de programas para la atención de emociones psicopatológicas que corresponden a un diagnóstico clínico como el estrés, la depresión y la ansiedad, sin embargo, no existen suficientes investigaciones acerca del estudio de las emociones negativas no patológicas tales como ira (enojo), miedo o tristeza, que están presentes y están siendo activadas automáticamente y de manera inconsciente en la mayoría de los casos a partir de eventos cotidianos de la vida con diabetes. La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (2010, p.3), declara que “la escasa utilización de intervenciones eficaces deriva en que hasta el momento no se ha utilizado la evidencia científica disponible en la materia como base para

una mejor atención. La insuficiencia de recursos es otro de los factores que inciden en la magnitud de la diabetes en México y en el cumplimiento de los objetivos de los programas estatales”. La asistencia médica convencional está centrada en la enfermedad por tanto pretende realizar un diagnóstico concreto y ajustar sus variables de tratamiento. Este enfoque no es apropiado en el caso de la enfermedad crónica, donde la eficacia del tratamiento exige centrar la atención en la persona y en su entorno. Las motivaciones y necesidades personales, el ambiente familiar y las condiciones sociolaborales deben ser analizadas antes de diseñar cualquier estrategia (Figuerola, 2013, p.603). Asimismo, López Portillo et al., (2007), considera que el médico familiar tiene limitaciones para realizar actividades educativas en función de sus demandas de tiempo, puesto que se encuentra inmerso en ambientes en los que predomina el burocratismo, el autoritarismo, la regulación en exceso y la gestión centrada en el control, con la falta de motivación, rigidez y trabajo rutinario, que hacen que deje de lado su función primordial.

Preguntas de Investigación

¿Cómo se evalúan las emociones de pacientes con Diabetes tipo 2 en la consulta?

¿Qué tipo de emociones se presentan con mayor frecuencia en los pacientes que viven con Diabetes tipo 2?

¿Cómo es el autocuidado y adherencia terapéutica de los pacientes que viven con Diabetes tipo 2?

¿Cómo es la experienciación emocional de los pacientes que viven con Diabetes tipo 2?

¿El conocimiento de herramientas socioemocionales puede mejorar las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica en pacientes que viven con Diabetes tipo 2?

Objetivo

El presente estudio tiene como objetivo explorar cómo las emociones negativas (ira, miedo y tristeza) pueden influir sobre las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica al vivir con diabetes tipo 2. Esto implica; 1) Identificar la presencia de emociones negativas y su intensidad (incluyendo lo encontrado en la narrativa). 2) Describir el contexto de la emoción negativa y las conductas que genera. 3) Comprender la importancia de la expresión de emociones.

Objetivos específicos

1. Revisar como se exploran las emociones en pacientes con diabetes tipo 2 en la consulta.
2. Diagnosticar cómo los pacientes manejan las emociones, el autocuidado y la adherencia terapéutica.
3. Identificar la esencia de la experienciación emocional de vivir con diabetes.
4. Explorar cómo el conocimiento de herramientas socioemocionales puede contribuir en el manejo de las emociones, el autocuidado y la adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes tipo 2.

Diseño de Investigación

Se llevó a cabo un estudio exploratorio mixto CUAL + cuan con modelo mixto. El diseño mixto CUAL + cuan indica que el método secundario se está utilizando simultánea o concomitantemente en el mismo período de recolección de datos. Señalando mediante las letras

mayúsculas CUAL que el método o enfoque que tiene priorización en el diseño es cualitativo (Pérez, 2011). En el modelo mixto se combinan en una misma etapa o fase de investigación, tanto métodos cuantitativos, como cualitativos.

Pereira (2011, p.16), sostiene que durante los años 90, las investigaciones con diseños mixtos se hicieron muy útiles en campos como: Educación, Enfermería, Medicina, Psicología y Comunicación, en el entendido de que el uso de más de un método potenciaba la posibilidad de comprensión de los fenómenos en estudio, especialmente, si estos se refieren a campos complejos en donde está involucrado el ser humano y su diversidad. Johnson y Onwuegbuzie (2004, p.17) definieron los diseños mixtos como “el tipo de estudio donde el investigador mezcla o combina técnicas de investigación, métodos, enfoques, conceptos o lenguaje cuantitativo o cualitativo en un solo estudio”. Mientras que Hernández, et al., (2003, p.21) señalan que los diseños mixtos, representan el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan en todo el proceso de investigación, o, al menos, en la mayoría de sus etapas. Agrega complejidad al diseño de estudio; pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques.

El estudio exploratorio mixto en cuestión consta de 4 fases, siendo las fases I a III fases diagnósticas. En la **Figura 7** se presenta el diagrama de las fases involucradas.

Para la **Fase I** – Se realizó un estudio que corresponde a una encuesta estratégica con enfoque exploratorio cuya técnica de recolección de datos fue un cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández et al., 2014) conformada por 21 profesionales de la salud (15 médicos y 6 educadores en diabetes) y 27 pacientes con diabetes tipo 2 para conocer cómo es la atención en consulta y cómo se exploran las emociones.

Bisquerra (1989) refiere que en un sentido más amplio la encuesta incluye a los estudios que utilizan el cuestionario o la entrevista como técnicas de recolección de información, siendo el cuestionario la técnica de recolección de datos utilizada para esta fase. Se realizó análisis de contenido con codificación abierta sobre las respuestas de dicho cuestionario para simplificar y ayudar a focalizar la interpretación y reflexión de la investigadora sobre la información recogida en los cuestionarios. Para la interpretación de resultados se comparó la información de los profesionales de la salud y de los pacientes. Durante esta fase también se revisaron las características y en algunos casos el contenido de cuatro programas de intervención para el manejo de la diabetes en Instituciones públicas en México con la finalidad de identificar cómo se atienden los factores socioemocionales.

La **Fase II** consistió en un estudio exploratorio transversal a manera de diagnóstico aplicado a un solo grupo de 42 pacientes con diabetes tipo 2. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014), que voluntariamente quisieron participar. Se aplicaron seis instrumentos de medición validados para evaluar sus emociones y cómo realizan sus actividades de autocuidado y adherencia terapéutica. Se realizó estadística descriptiva sobre los resultados obtenidos, así como estadísticas por sexo para cada instrumento.

Durante la **Fase III** se realizó una entrevista con enfoque fenomenológico a ocho participantes con diabetes tipo 2 (Creswell y Poth, 2016), para explorar el significado de vivir con diabetes a través de la experienciación emocional. Las entrevistas a profundidad se realizaron con el objetivo de fortalecer los resultados de las fases I y II como parte de la validez

interna en la cual se realiza la exploración en una relación sujeto a sujeto. Para el análisis de la información se realiza un análisis fenomenológico.

En la **Fase IV** se realizó un estudio pre experimental con 11 pacientes voluntarios de la fase II para los cuales se tomó la puntuación de los instrumentos aplicados como primera aplicación PRE intervención. En función de los resultados diagnósticos sobre las necesidades emocionales encontrados en las fases I a III, se elaboró y aplicó el piloto de intervención propuesto para esta fase. Entendiendo por intervención, un taller teórico-vivencial, esto es, orientado a que la teoría se lleve directamente a la práctica mediante actividades dirigidas dentro y fuera de las sesiones a través de tareas específicas que fomenten el autoconocimiento y la reflexión personal y grupal. El piloto consistió en un programa de educación para la salud socioemocional de modelo andragógico con modalidad grupal (Valadez et al., 2015, p.126) donde el participante adulto se encuentra en el centro del proceso de aprendizaje y es el principal recurso de éste, el adulto participante se apoya en sus propios conocimientos y experiencias adquiridas, debe continuar con la explotación y descubrimiento de sus potenciales, talentos y capacidades. Está basado en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969) citado en (Valadez et al., 2015, p.96) donde impera la importancia de la confianza en sí mismo en el aprendizaje y donde las respuestas emocionales pueden ser condicionadas a partir de la observación, gracias a las reacciones afectivas desencadenadas por los modelos. La metodología de instrucción aplicada fue directa (que se desarrolla fundamentalmente mediante la palabra hablada), activa, participativa y centrada en la persona. Activa pues es a través de las dinámicas y ejercicios de las sesiones, que se propicia el descubrimiento de las propias posibilidades y recursos, para de este modo, encontrar alternativas constructivas para modificar actitudes y conductas. Participativa porque es a través de la propia experiencia y de las emociones, que el participante se convertirá

en facilitador de los descubrimientos tanto personales como del grupo. Y centrado en la persona, pues implica el pleno convencimiento de que la persona es capaz de enfrentarse a sus propias experiencias.

El piloto de intervención tuvo una duración de 16 horas ofrecido en dos modalidades 1) presencial y 2) en línea (derivado de las condiciones limitadas de la pandemia por COVID-19) que fue impartido durante 16 horas de instrucción. El contenido del programa está basado en el modelo de competencias emocionales de Bisquerra y Escoda (2007), el modelo de inteligencia emocional de Mayer y Solovey (1997) y tiene enfoque de competencia social que cumple una función vital en la promoción de la salud, específicamente en las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica de personas que viven con diabetes (Ramos et al., 2013).

Una vez concluida la intervención se realizó una segunda aplicación de los mismos instrumentos POST intervención. Dadas las condiciones de la pandemia en relación al tiempo y las modalidades disponibles no se pudo realizar una tercera medición RETEST. Sin embargo, como fuente de validez, al final de la intervención se implementó una técnica cualitativa denominada “línea de vida” que permite exhibir variadas percepciones que fluctúan desde la neutralidad, positividad y negatividad dependientes de las vivencias del participante que se ajustan de manera diversa, con el significado asignado por cada individuo (Reyes, 2019). Las líneas de vida constituyen instrumentos para evaluar el significado que las personas asignan a momentos trascendentales de su trayectoria vital. Asimismo fomentan el desarrollo personal a través del autoconocimiento (Morales y Garrido, 2014). Se solicitó la narrativa de cada línea de vida a los participantes y se realizó un análisis de contenido como parte de la evaluación donde se puede corroborar si realmente hubo cambios en el post y esto como se justifica con lo

obtenido en la línea de vida, la cual apela directamente al autoconocimiento como argumento para justificar la necesidad de educación emocional.

Se realizó una evaluación operativa al piloto de intervención, cuyo objetivo es obtener información que permita adecuar el proceso de enseñanza al progreso real de la construcción de aprendizajes, adecuando el diseño y desarrollo de la programación establecida a las necesidades y logros detectados (Pérez et al., 2006).

Para el análisis de los datos se utilizó estadística no paramétrica (cuantitativa) y análisis de contenido (cualitativa).

Es así como el presente estudio al utilizar una metodología mixta con técnicas de análisis y de recolección de datos de diversas fuentes tales como “cuestionario”, “entrevista”, “análisis de contenido”, “línea de vida”, “instrumentos validados”, aplica el principio de complementariedad metodológica (cuantitativa y cualitativa).

La **Figura 8** muestra las fases del estudio.

Figura 8

Fases del estudio exploratorio mixto.



Participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra se constituyó por 21 profesionales de la salud (15 médicos y 6 educadores en diabetes) que residen en México y 27 pacientes con diabetes tipo 2 con un rango de edad entre 20 y 79 años que viven en México y que voluntariamente quisieron participar en la encuesta para la fase I. Para la fase II participaron 42 pacientes con diabetes tipo 2 que viven en México y que voluntariamente quisieron participar en el estudio. En la fase III se entrevistó a 8 pacientes con diabetes tipo 2 que residen en México y que voluntariamente quisieron participar. En la fase IV participaron 11 de los 42 pacientes con diabetes tipo 2 que participaron en la fase II y quisieron participar en el piloto de intervención.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para las fases II y IV para la evaluación de las variables de interés (emociones, autocuidado y adherencia terapéutica) fueron las siguientes:

1) Escala TMMS-24: Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Su validación puede encontrarse en Fernández.-Berrocal et al. (2004). Como su nombre indica, la escala se compone de 24 ítems que deben ser puntuados con una escala tipo Likert de cinco

puntos (desde 1= Nada de acuerdo, hasta 5= Totalmente de acuerdo). El coeficiente de fiabilidad encontrado por los autores es de .90, con un alfa de Cronbach de .89. (Oliva, et al., 2011).

2) Escala PANAS: La escala original es conocida como PANAS (por sus siglas en inglés para Positive Affect and Negative Affect Scale). Se compone de 20 reactivos que describen emociones de carácter positivo o negativo, 10 de ellas positivas y 10 negativas. Cada reactivo es contestado mediante una escala con formato ordinal tipo Likert con 5 opciones de respuesta (nada, muy poco, algo, bastante, mucho). El puntaje más bajo que se puede obtener es 20 y el más alto es 100. La escala se compone de dos sub-escalas cada una referente al tipo de emociones (Escala de Afecto positivo y Escala de Afecto Negativo), en donde altas puntuaciones en cada una de las sub-escalas sugieren alta presencia de emociones positivas o negativas en el sujeto, respectivamente. Existen evidencias robustas de que el instrumento funciona adecuadamente tomando en cuenta evidencias de validez concurrente con escalas que evalúan estados depresivos, rasgos de personalidad, ansiedad, estrés y adaptación. Teóricamente la estructura factorial de los reactivos es mejor representada por dos factores, que es reportada por múltiples estudios en distintos contextos (Crawford, & Henry, 2004; Robles y Páez, 2003; Zevon, & Tellegen, 1982; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) (Blanco-Molina, 2014).

3) Escala de adherencia a la medicación de Morisky MMAS-8: La *escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)* mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo Likert. Ha sido validada en pacientes hipertensos. La adherencia se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes

con 8 puntos y no adherentes con puntajes menores a 8. La consistencia interna de esta escala cuanti cada con alfa de Cronbach fue de 0,646 (Valencia-Monsalvez et al., 2017).

4) La escala de evaluación de actividades de autocuidado de la diabetes asociadas con el control glucémico de Schmitt (2013). El DSMQ fue desarrollado en el Instituto de Investigación de la Academia de Diabetes Mergentheim. Es el primer instrumento alemán dirigido al autocuidado de la diabetes y fue diseñado para evaluar los comportamientos asociados con el control metabólico dentro de los regímenes de tratamiento comunes para la diabetes tipo 1 y tipo 2 en pacientes adultos. El cuestionario permite la suma de una puntuación de "Escala de suma", así como la estimación de cuatro puntuaciones de subescala. En vista de su contenido, las subescalas se etiquetaron como 'Manejo de glucosa' (ítems 1, 4, 6, 10, 12), 'Control dietético' (ítems 2, 5, 9, 13), 'Actividad física' (ítems 8, 11, 15) y 'Uso sanitario' (ítems 3, 7, 14). Un elemento (16) solicita una calificación general de autocuidado y debe incluirse solo en la "Escala de suma".

La puntuación del cuestionario implicó invertir los ítems redactados negativamente de modo que los valores más altos sean indicativos de un autocuidado más efectivo. Los puntajes de escala se calcularon como sumas de puntajes de elementos y luego se transforman en una escala que va de 0 a 10 siendo 10 la autoevaluación más alta de la conducta evaluada.

5) Cuestionario de Autoeficacia al tratamiento en diabetes: El cuestionario de Autoeficacia para el Tratamiento en Diabetes, es uan escala que mide la autoeficacia que los pacientes perciben al realizar las conductas señaladas en su tratamiento, en el que se incluye toma de medicamento, seguimiento del plan alimenticio y realización de actividad física. Los reactivos se construyeron con base en los lineamientos propuestos por Bandura (2005) para la

construcción de instrumentos que miden esta variable. La escala se compone de 27 ítems. El instrumento muestra adecuados índices de confiabilidad interna por medio del método alpha de Cronbach en su escala total y en cada una de las subescalas, por lo cual se concluye que la prueba cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para medir dicho constructo. La escala total tuvo un índice alpha de 0.8285 mientras que los índices alpha de las subescalas fueron los siguientes: 1) autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio 0.7824; 2) autoeficacia en la realización de actividad física 0.8093; y 3) autoeficacia en la toma de medicamentos orales 0.6333 (Arreola, et al., 2016).

6) Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID): El Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID) es una escala auto aplicable que consta de veinte reactivos que incluyen emociones negativas que los pacientes con diabetes frecuentemente experimentan (Polonsky et al., 1995, Citado por Del Castillo, 2010, p.55).

Recolección y análisis de datos

Los datos fueron verificados a través de triangulación que se refiere al uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno (Benavides & Gómez-Restrepo, 2005, p.119). Asimismo, Driessnack et al. (2007, p.4) señalan que la triangulación se refiere a la convergencia o corroboración de los datos recolectados e interpretados a respecto del mismo fenómeno, donde el método de recolección y o interpretación de los datos, bien podría ser diferente.

Fase I – Encuesta como estudio “Mapeo de la atención y exploración de las emociones en la consulta”

Objetivo

Mapear la atención y la exploración de emociones, desde la perspectiva de los profesionales de la salud y de los pacientes con diabetes tipo 2 en la consulta.

Diseño

Se llevó a cabo una encuesta estratégica con enfoque exploratorio (Cáceres, 1998, pp. 36-42). La técnica de recolección de datos fue a través de un cuestionario abierto de aplicación única en dos formatos disponibles: 1) papel y 2) formulario electrónico (Google Forms) que incluyó información sociodemográfica e información específica para conocer como se lleva a cabo la atención y exploración de emociones por los profesionales de la salud, así como la atención y exploración de emociones que reciben los pacientes durante la consulta. El cuestionario recolectó información sociodemográfica y relacionada con conocimientos, conductas, emociones y necesidades de la población que vive con diabetes tipo 2, así como también de profesionales de la salud que han atendido este padecimiento.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014). La muestra se constituyó por 21 profesionales de la salud (15 médicos y 6 educadores en diabetes) que residen en México y 27 pacientes con diabetes tipo 2 con un rango de edad entre 20 y 79 años que viven en México y que voluntariamente quisieron participar en la encuesta.

Recolección y análisis de datos

Se diseñaron dos cuestionarios abiertos 1) cuestionario para profesionales de la salud con la finalidad de explorar cómo es la atención y exploración de las emociones en pacientes con DMT2, 2) cuestionario para pacientes con DMT2 que permitiera explorar su experiencia en la atención recibida para el manejo clínico y emocional de la enfermedad. El cuestionario fue aplicado a 21 profesionales de la salud y a 27 pacientes que viven con DMT2.

Se creó base de datos en Excel con su respectivo diccionario de datos y se capturó toda la información de los resultados de cada cuestionario.

Análisis cuantitativo

Se identificaron los campos con información sociodemográfica para profesionales de la salud y para pacientes respectivamente. Se obtuvo estadística descriptiva (media, desviación estándar, sumatorias y porcentajes).

Análisis cualitativo

Para el análisis cualitativo de las respuestas, se identificaron los campos con información de carácter cualitativo y en Excel se generó estructura que permitiera llevar a cabo el análisis de contenido correspondiente mediante codificación abierta en función de la lectura reiterada de la narrativa. Se identificaron las categorías encontradas en la narrativa para cada pregunta abierta respondida por los profesionales de la salud y los pacientes respectivamente. Se ordenaron y priorizaron las categorías. Se filtró cada categoría para realizar la interpretación correspondiente. Se interpretaron los resultados obtenidos del análisis y se generó informe correspondiente para esta fase.

Asimismo, se revisaron las características de cuatro programas de intervención para el manejo de la diabetes en Instituciones públicas en México y se elaboró cuadro comparativo.

Resultados

Resultados de la sección cuantitativa

Profesionales de la salud

Se analizó la información de 21 profesionales de la salud, 7 fueron hombres (33.3%) y 14 fueron mujeres (66.7%). El 61% reside en la Ciudad de México, el 24% en Chihuahua, 5% en Cabo San Lucas, 5% en Querétaro y el 5% restante en Sonora. Con respecto a la especialidad, 4 fueron médicos generales (19.%), 5 médicos cirujanos (23.8%), 3 médicos internistas (14.3%), 1 oftalmólogo (4.8%), 2 residentes (9.5%) y 6 educadores en diabetes (28.6%). La media de edad fue de 35 años con desviación estándar 12.90, siendo el menor de 24 años y el mayor de 65 años.

El tiempo de consulta promedio de consulta para los Educadores en diabetes fue de 48 minutos con desviación estándar 11.87, siendo el tiempo mínimo de atención 30 minutos y el máximo 60 minutos. Mientras que para los médicos el tiempo de consulta promedio fue de 28 minutos con desviación estándar 13.83, siendo el tiempo mínimo de atención 10 minutos y el máximo de 60 minutos.

Con relación al autocuidado y la adherencia terapéutica de los pacientes, los profesionales de la salud perciben que el autocuidado en la mayoría de los casos es regular, asimismo respecto a la adherencia, también perciben que es regular.

Con relación a la percepción de la influencia de las emociones en el autocuidado y adherencia de los pacientes la mayoría de los profesionales de la salud percibe que éstas si

influyen. La mayoría de los profesionales de la salud refieren que si evalúan las emociones del paciente durante la consulta o bien lo remiten con profesionales de la salud mental.

Pacientes con diabetes tipo 2

Se analizó la información de 27 pacientes con diabetes tipo 2, de los cuales 9 fueron hombres (33%) y 18 mujeres (67%). El 59% de los pacientes residen en la Ciudad de México, el 33% en Colima, el 4% en Monterrey y el 4% en Toluca. El 70% recibe atención en una Institución pública, el 26% en Institución privada y el 4% no cuenta con servicio de salud. Con respecto a la ocupación 8 tienen una ocupación formal (30%), 18 tienen una ocupación informal (67%) y 1 está jubilado (.3%). Presentan una media de edad de 52 años con desviación estándar 11.94, siendo el menor de 23 años y el mayor de 69 años.

Con relación a la percepción de la influencia de las emociones en el autocuidado y adherencia el total de los pacientes percibe que éstas si influyen, sin embargo, la mayoría de los pacientes refieren que sus emociones no son evaluadas durante la consulta ni se les remite con profesionales de la salud mental.

Resultados de la sección cualitativa

Profesionales de la salud

Con relación a la evaluación durante la consulta, la mayoría de los educadores en diabetes enfocan su evaluación en los aspectos nutricionales y conductas de autocuidado, mientras que la mayoría de los médicos enfoca su evaluación en aspectos clínicos y metabólicos, así como adherencia al tratamiento farmacológico y presencia de complicaciones.

Sobre lo que se suele enseñar al paciente durante la consulta, la mayoría de los profesionales de la salud enfocan su enseñanza en aspectos nutricionales. Los educadores en diabetes hacen énfasis en la importancia de mantenerse activo a diferencia de los médicos quienes principalmente dan instrucción en el uso de medicamentos y proporcionan información general de la enfermedad.

En cuanto a cómo considera que el paciente experimenta la enfermedad, los profesionales de la salud perciben que la mayoría de los pacientes no tienen una experiencia grata y lo reflejan con emociones negativas tales como miedo, angustia, tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión, asociadas a los cambios que requieren realizar y las limitantes que conlleva un cambio de estilo de vida. Se percibe también poca conciencia y falta de cuidado por desconocimiento de que se encuentran enfermos y en algunos casos se percibe negación de la enfermedad.

En el campo de las habilidades desarrolladas en el paciente durante la consulta, los médicos expresaron acerca del desarrollo de habilidades de autocuidado en sus pacientes, que se esperarían como una de las tareas principales de los educadores en diabetes quienes no referenciaron las habilidades de autocuidado como principal función. En general las habilidades que más se notaron en la narrativa fueron Autoconocimiento, Autocuidado y Autoeficacia.

Con respecto a cómo evalúan las emociones durante la consulta, se encontró que sólo algunos profesionales de la salud utilizan una escala de depresión (no especificada), sin embargo, no se exploran las emociones sino los síntomas de depresión. Resulta interesante saber qué uso le dan a los resultados de la escala y si se registran los valores obtenidos en el expediente del paciente. Algunos otros ni siquiera las exploran.

Referente a lo que hacen los profesionales de la salud para manejar las emociones de sus pacientes, casi la mitad de los médicos los refiere al psicólogo mientras que sólo una tercera parte de los educadores los refiere al psicólogo. Algunos médicos utilizan el diálogo como herramienta para el manejo de emociones y sólo la minoría de los educadores utilizan el diálogo y realizan ejercicios de meditación en consulta para manejar las emociones del paciente. Algunos otros profesionales de la salud que no refieren al paciente con el psicólogo no hacen nada para manejar las emociones o desconocen cómo hacerlo.

Pacientes con diabetes tipo 2

Respecto a la reacción de los pacientes al recibir el diagnóstico, la mayoría de los pacientes reportan haber recibido el diagnóstico acompañados de alguna emoción negativa tales como miedo, tristeza, resignación, confusión, incertidumbre, angustia o depresión. Asimismo, reportan sorpresa o preocupación. Se puede deducir un efecto de pérdida mediante la emoción de tristeza; sensación de peligro o inseguridad a través de la emoción de miedo o la indicación de que se presentó algo nuevo que merece la pena poner atención mediante la sorpresa.

Una minoría de pacientes reporta haber recibido el diagnóstico con indiferencia "No le di importancia", "Ya lo esperaba", "Normal".

Con relación a la información que ha recibido el paciente acerca de la diabetes a partir del diagnóstico en la consulta, Poco más de la mitad de los pacientes menciona haber recibido o consultado información sobre autocuidado básico (alimentación y ejercicio) principalmente, así como información básica sobre la enfermedad y las posibles complicaciones y adherencia al tratamiento a través de consejos de nutrióloga, facebook, talleres de diabetes, programas de

prevención. Sin embargo, algunos pacientes refieren no haber recibido información o haber recibido información insuficiente para el manejo de la enfermedad. En el mismo sentido acerca de la información acerca del manejo de la diabetes, más de la mitad de los pacientes refiere que sus médicos ponen énfasis en autocuidado básico (alimentación y ejercicio), así como en la adherencia al tratamiento con fármacos para evitar complicaciones. Sin embargo, existen algunos casos que no han recibido información o información insuficiente para el manejo adecuado de la diabetes durante la consulta. Sólo una escasa minoría de los pacientes recibió información sobre emociones y de manera muy general.

Relativo a la información sobre el manejo emocional de la diabetes, más de la mitad de los pacientes refiere no haber recibido información sobre el manejo emocional de la diabetes durante la consulta. Asimismo, que la información recibida es insuficiente, imprecisa o no se proporciona si no es solicitada “Que no me preocupe tanto”, “Que debo tener control de mis emociones”, “Que debo tranquilizarme, que los problemas si tienen solución se resolverán”. Y una escasa minoría ha recibido indicaciones de cómo manejar la ansiedad y la depresión. En ninguno de los casos se ha referido con profesionales de la salud mental.

Respecto a cómo considera el paciente que han influido las emociones en el manejo de la enfermedad, se supone una asociación entre las emociones negativas y descontrol metabólico en casi la mitad de los pacientes "Cuando vivo una emoción positiva, que me tiene feliz o tranquila, mis niveles de azúcar son más estables y normales que cuando tengo alguna emoción negativa”, “Cuando me enojo, por ejemplo, el azúcar tiende a subir”, “Cuando tengo emociones como enojo, ira, malestar, los niveles de glucosa se alteran”, “Me he descompensado por estrés”, “...altera la glucosa según mi estado de ánimo”. También, se presume una coincidencia de

presencia de emociones negativas asociadas con un aumento en la ingesta de alimentos "Pues nada más cuando estoy más estresada me da más hambre", "Al enojarme, me da por comer de más y no llevo un control adecuado de la dieta".

En torno a las emociones que se perciben con mayor frecuencia a partir del diagnóstico de diabetes, más de la mitad de los pacientes identifica más emociones negativas presentes en su vida a partir del diagnóstico tales como tristeza, ansiedad, enojo, incertidumbre, desesperación, angustia o depresión. Otra de las emociones que está presente es la preocupación constante y por otra parte se enfatiza que cuando los niveles de glucosa se tienen en control, pueden sentir tranquilidad y optimismo. Sin embargo, una tercera parte de los pacientes reportan no hacer nada en específico. Otros optan por no preocuparse, algunos meditan, hacen ejercicio o toman tiempo para identificar sus emociones intentando conocerce un poco más.

Resultados del análisis a los Programas de Intervención en Instituciones públicas

En la **Tabla 7** se describen las características observadas sobre los programas de intervención en salud para el manejo de la diabetes en México que se revisaron. Se observa de manera general que hace falta incorporar actividades para la educación socioemocional de los pacientes en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2.

Tabla 7

Características de los programas de intervención en salud para el manejo de la diabetes en México.

IMSS			SSA		
Programa	Sesiones	Criterios de admisión	Guía técnica	Sesiones	Criterios de admisión
<p>DIABETIMSS (Programa de Educación en Diabetes) Mayo 2009.</p> <p>El programa está definido en la guía clínica de atención a pacientes con diabetes</p> <p>Objetivos</p> <p>Conocer la mejor forma de cuidar tu diabetes Retrasar o evitar la aparición de complicaciones asociadas a la diabetes a través de comer saludablemente, e incrementar tu actividad física Mantener una buena calidad de vida y el bienestar general mientras aprendes de tu diabetes</p> <p>Sólo en la última sesión (12) se trata el tema de emociones.</p> <p>El actual modelo y arquitectura de las unidades de atención primaria del IMSS no se ha modificado sustancialmente desde hace más de 30 años, y los criterios para determinar el número de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales o nutriólogos no se han revisado; el modelo fue diseñado para la atención de una población con predominio de enfermedades agudas y no responde al cambio epidemiológico (Torres et al. 2015).</p>	<p>12 sesiones (1 por mes) Sesión 12 emociones duración sesión educativa 2 - 2.5 hrs</p>	<p>Ser portador de cualquier tipo de diabetes: que acepte ser referido al módulo; con menos de 10 años de evolución, sin complicaciones crónicas y con más de 10 años de evolución, sin complicaciones crónicas; sin deterioro cognitivo, psicosis o fármaco dependencia; con compromiso de red de apoyo familiar o social; que pueda acudir una vez al mes para su atención integral que incluye una sesión educativa con una duración de 2 a 2.5 hrs. y una consulta médica mensual.</p> <p>Metodología didáctica</p> <p>Utiliza técnicas de modificación de conducta. Actividades de aprendizaje Tareas para casa</p> <p>La falta de un equipo multidisciplinario propio para el módulo, dificulta las acciones de cada uno de los servicios involucrados, por lo que la atención de la población inserta al DiabetIMSS se sigue dando principalmente con el médico familiar y enfermería, quedando a un lado la parte integral que se complementa con la atención multidisciplinaria requerida en todo programa de educación para la salud. Es imprescindible considerar la demanda de atención generada con la implementación del modulo DiabetIMSS, para la integración del equipo multidisciplinario requerido (Zuñiga et. al, 2013).</p>	<p>Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes: ¿Quieres que te lo cuente otra vez? 2001</p> <p>NA</p> <p>NA</p> <p>Objetivos</p> <p>Homogeneizar los procedimientos y contenidos didácticos empleados en la educación del paciente con Diabetes. Promover un cambio de hábitos y conducta del paciente con Diabetes mediante la sensibilización al autocuidado y autoreponsabilidad de su salud, a través del conocimiento de las implicaciones de esta enfermedad.</p> <p>No maneja el tema de emociones. Sólo en el aspecto psicológico habla de la voluntad.</p>	<p>NA</p> <p>Metodología didáctica</p> <p>Aprendizaje significativo, enseñanza centrada en el paciente, aprendizaje activo "aprender haciendo", estimular el razonamiento más que la memoria, trabajo en pequeños grupos, solución de problemas. Autoaprendizaje. Situaciones de cambio (fases): 1. Impacto inicial 2. Resistencia al cambio 3. Aceptación, adaptación y asimilación 4. Participación activa</p> <p>Ejemplo de un buen programa para caminata</p>	
INNSZ			ISSSTE		
Programa	Sesiones	Criterios de admisión	Programa	Sesiones	Criterios de admisión
<p>Centro de atención integral al paciente con Diabetes</p> <p>Objetivos</p> <p>El objetivo de las intervenciones multidisciplinarias es realizar una evaluación integral del paciente con diabetes, proporcionando herramientas para el autocuidado y la prevención de complicaciones, así como la consolidación de un programa de control a largo plazo.</p> <p>Atención clínica psicológica donde se valora el estado emocional</p>	<p>2 turnos: Matutino y vespertino 4 visitas mensuales Posteriormente 1 visita anual al terminar el programa y la revaloración el paciente continúa su control con su médico de referencia. Programa de seguimiento y educación a distancia En caso de descontrol posibilidad de ingresar al programa una vez más</p>	<p>Sólo pacientes con DM2 <= 5 años de diagnóstico sin complicaciones incapacitantes No fumadores Familiar acopiante</p> <p>Metodología didáctica</p> <p>Endocrinólogos con cursos de alta especialidad en diabetes Educatores en diabetes certificados Nutriólogos con enfoque en la atención de diabetes Psicólogos clínicos especializados en enfermedades crónico-degenerativas Odontólogos especialistas en periodoncia Psiquiatras de enlace Especialistas en actividad física Oftalmólogo especialista en retina Cuidado de pies</p>	<p>Programa MIDE</p> <p>Objetivos</p> <p>Innovar y mejorar la atención primaria Promover el empoderamiento y el autocuidado</p> <p>Boletín "El mensajero de la salud" Serie "Entienda la diabetes" Trabajo grupal con "Mapas de conversación" Capacitación de equipo multidisciplinario y el paciente Formación de profesionales educadores en diabetes Formación de médico diabetólogos Formación de pacientes asesores en diabetes (<u>Entrenamiento cruzado</u>)</p> <p>No define un programa de Educación en Diabetes específico ni un programa de intervención de emociones</p>	<p>Seiones tipo taller</p> <p>No específica</p> <p>Modelo de empoderamiento Enfoque multidisciplinario Medicina basada en evidencia Basado en los 7 comportamientos del autocuidado</p> <p>Microalbuminuria y HbA1c en consultorio Atención por equipo multidisciplinario: Médico Enfermera Psicólogo Nutriólogo Trabajo social Odontología</p> <p>Incorporación a: Grupos de autoayuda Club de diabetes Grupos de autocuidado</p>	

Dentro de los programas existentes que tienen como objetivo la educación para el manejo de la diabetes (autocuidado) como es el caso de DiabetIMSS que dió inicio en 2009, se pudo observar que una de las 12 sesiones que compone el programa está dedicado al tema las emociones (sesión número 12). Sin embargo, en ese modulo también se habla del tema de la sexualidad y la diabetes, por lo que no resulta posible que en una sesión con menos de 150 minutos se pueda abordar lo necesario para un adecuado manejo de las emociones, considerando que los grupos son de 20 personas y que las emociones en la diabetes no son solo “negación” o “estrés”. El programa admite pacientes con cualquier tipo de diabetes con menos de 10 años de evolución, sin complicaciones crónicas y con más de 10 años de evolución, sin complicaciones crónicas; sin deterioro cognitivo, psicosis o fármaco dependencia.

Respecto al programa del Centro de atención integral al paciente con Diabetes (INNSZ – Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán), solo admite pacientes con DMT2 \leq 5 años de diagnóstico sin complicaciones incapacitantes, no fumadores y requiere de un familiar acompañante, lo que implica que los pacientes con diagnóstico mayor a 5 años no podrán ser atendidos. El programa es muy completo y cuenta con sesión psicológica donde valoran el estado emocional, motivacional y las barreras con las que se enfrenta el paciente con la finalidad de favorecer la adherencia al tratamiento. dicha valoración se realiza en 4 sesiones de seguimiento mensual y una sesión anual. Sin embargo, la consulta clínica tiene duración de una hora por lo que sería tiempo insuficiente 4 horas en total para llevar a cabo un programa en educación socioemocional.

El programa MIDE (ISSSTE) aunque describe un enfoque multidisciplinario para la atención y se basa en el modelo de empoderamiento, no describe un programa para la atención emocional de los pacientes.

Finalmente, la Secretaria de Salud (SSA) no tiene implementado un programa, sin embargo, publicó una guía técnica para capacitar al paciente con diabetes dirigido a los coordinadores de clínica en el cual no se menciona ninguna actividad relacionada con el manejo de emociones.

Fase II. Estudio exploratorio transversal “Evaluación diagnóstica del manejo de la diabetes”

Objetivo

Explorar cómo es el manejo de la enfermedad respecto al autocuidado, adherencia terapéutica y emociones de los pacientes con diabetes tipo 2, mediante la aplicación de instrumentos de evaluación validados.

Diseño

Se utilizó un diseño transversal exploratorio en el cual se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández et al., 2014).

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de variables emocionales, de autocuidado y de adherencia terapéutica de cada participante fueron 1) Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24 adaptada), (Fernández-Berrocal y colaboradores, 2004) para medir las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas; 2) el cuestionario PANAS (Blanco-Molina, 2014) que mide las emociones de carácter positivo o negativo, 3) el instrumento MMAS-8 adaptada (Morisky, 2008) para medir adherencia terapéutica al tratamiento; 4) el instrumento DSMQ (Schmitt, 2013) versión en español con el fin de evaluar las actividades de autocuidado asociadas con el control glucémico. 5) Cuestionario de Autoeficacia al tratamiento en diabetes (Del Castillo, 2013), para medir la autoeficacia relacionada con el cuidado de la DMT2 en contextos de tipo educacional y de

intervención psicosocial; y 6) el Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID) (Del Castillo, 2010) para identificar las áreas problema en diabetes.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra se constituyó por 42 pacientes con diabetes tipo 2 con un rango de edad entre 20 y 79 años que viven en México y que voluntariamente quisieron participar en el estudio.

Procedimiento

Análisis y Recolección de datos

La recolección de los datos se llevó a cabo en dos modalidades: 1) presencial y 2) en línea derivado de las limitaciones que conllevó la pandemia de COVID-19. Para la modalidad presencial se proporcionó ejemplar que contenía la caratula con un formato de datos sociodemográficos y cada uno de los instrumentos impresos para ser contestados en papel. Para la modalidad en línea, se capturó cada uno de los instrumentos y la carátula en formato digital (formulario Google forms) y se proporcionó la liga donde podrían contestarlos.

Una vez que se recolectó la información, se importó la base de datos que genera de manera automática el formulario de Google forms en formato Excel y se procedió con la captura de los instrumentos que fueron contestados en formato físico de manera presencial. Se codificaron los datos y se separó la información personal de los participantes para que no se tuviera disponible en la base de datos de análisis y se asignó un id de paciente como identificador único.

Se obtuvo el puntaje de cada uno de los instrumentos de acuerdo con lo especificado en las instrucciones correspondientes, para todos los participantes. Se obtuvo estadísticas descriptiva (media, desviación estándar, sumatorias y porcentajes) de las variables de interés. Asimismo, se realizó la prueba Rho de Spearman para evaluar correlaciones entre las variables de interés. Se describieron los resultados obtenidos.

Resultados

Resultados Estadística descriptiva

Se analizó la información de 42 pacientes con diabetes tipo 2 entre 26 y 78 años cuyas características sociodemográficas se describen en la **Tabla 8**. Los estadísticos descriptivos de las variables de interés se describen en la **Tabla 9**.

Tabla 8*Características socio demográficas de la muestra (n=42).*

	n	%		
Género			Edad en años	
Femenino	14	0.33	Media (D.T)	52.83 (12.90)
Masculino	28	0.67	Mediana	53.5
Estado Civil			Min	26
Soltero	9	0.21	Max	78
Casado	25	0.60		
Divorciado	7	0.17		
Viudo	1	0.02		
Trabaja				
Si	26	0.62		
No	16	0.38		
Nivel educativo			Edad diagnóstico (años)	
Primaria	6	0.14	Media (D.T)	42.60 (12.00)
Secundaria	11	0.26	Mediana	40
Preparatoria	7	0.17	Min	17
Carrera técnica	6	0.14	Max	67
Licenciatura	10	0.24		
Posgrado	2	0.05		
Tratamiento farmacológico				
Pastillas	24	0.57		
Insulina	6	0.14		
Ambos	8	0.19		
Ninguno	4	0.10		
Tipo institución			Años enfermedad	
Pública	23	0.55	Media (D.T)	10.24 (11.11)
Privada	9	0.21	Mediana	5
Sin especificar	10	0.24	Min	0
Comorbiidades			Max	34
Si	23	0.55		
No	7	0.17		
Sin especificar	12	0.29		

Nota: n = Número de participantes; D.T = Desviación típica; Min = Mínimo; Max = Máximo

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de los Instrumentos Emociones, Autocuidado, Autoeficacia, Adherencia terapéutica y Malestar emocional (n=42).

	Media	D.T	Min	Max
TMMS-24				
Atención	24.10	8.62	9	40
Claridad	23.52	7.10	12	38
Reparación	26.69	6.42	14	40
PANAS				
Afecto positivo	34.55	8.49	12	50
Afecto negativo	28.83	12.59	3	58
MMAS-8				
Adherencia al tratamiento total	6.04	2.10	0	8
DSMQ				
Glucosa	3.97	2.85	0	9
Dieta	2.75	1.88	0	7
Actividad física	1.95	1.62	0	6
Servicios de Salud	2.41	1.82	0	7
Autocuidado general	0.76	1.10	0	4
Cuestionario de autoeficacia				
Alimentación	1.97	0.68	1	3
Actividad física	1.62	0.83	0	3
Medicamentos	2.55	0.55	1	3
Autoeficacia total	1.95	0.50	1	3
PAID				
Malestar emocional	35.92	19.14	3	71

Nota: D.T = Desviación típica; Min = Mínimo; Max = Máximo

En relación con los instrumentos utilizados para evaluar las emociones PANAS, TMMS-24 y PAID (malestar emocional) que se aplicaron, se encontró que el afecto positivo es mayor al afecto negativo en ambos sexos (**Tabla 10**). Para el instrumento TMMS-24, el factor Atención que refleja “Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada”, la evaluación indica que la mayoría de los participantes tiene una atención adecuada. El factor Claridad que refleja “Comprendo bien mis estados emocionales”, la evaluación indica que la mayoría de los participantes debe mejorar su claridad. Y para el factor Reparación que refleja “Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente”, la evaluación reporta que la mayoría de los participantes tiene una reparación adecuada (**Tabla 11**). Mientras que para el instrumento PAID, tanto hombres como mujeres reportan bajo malestar emocional dado que los puntajes se encuentran debajo de 50 puntos sobre una escala de 0 a 100, donde los valores más altos indican mayor malestar emocional (**Tabla 12**).

Tabla 10

Afecto positivo y negativo (PANAS) por sexo (n=42).

	H	%	M	%	TOTAL	%
Mayor Afecto positivo (promedio)	10	0.24	22	0.52	32	0.76
Mayor Afecto Negativo (promedio)	4	0.10	6	0.14	10	0.24

Tabla 11

TMMS-24 (Atención, claridad y Reparación emocional) por sexo (n=42).

	H	%	M	%	TOTAL	%
Atención emocional						
Debe mejorar su atención, presta poca atención	5	0.12	13	0.31	18	0.43
Atención adecuada	7	0.17	12	0.29	19	0.45
Debe mejorar su atención, presta demasiada atención	3	0.07	2	0.05	5	0.12
Claridad emocional						
Debe mejorar su claridad	10	0.24	15	0.36	25	0.60
Claridad adecuada	4	0.10	10	0.24	14	0.33
Excelente claridad	0	0.00	3	0.07	3	0.07
Reparación de las emociones						
Debe mejorar su reparación	2	0.05	10	0.24	12	0.29
Reparación adecuada	11	0.26	13	0.31	24	0.57
Excelente reparación	1	0.02	5	0.12	6	0.14

Tabla 12

Malestar emocional por sexo (n=42).

	H	%	M	%	TOTAL	%
Alto malestar emocional	5	0.12	7	0.17	12	0.29
Bajo malestar emocional	9	0.21	21	0.50	30	0.71

Para la evaluación de Autocuidado (DSMQ), 10 de 42 pacientes que recibieron el instrumento impreso no lo contestaron, por lo que no se consideraron en la muestra. Con relación al autoreporte para el autocuidado en general, mujeres y hombres refieren no tener un autocuidado deficiente (**Tabla 13**). Mientras que para la evaluación de Adherencia terapéutica

(MMAS-8), tanto hombres como mujeres reportan baja adherencia al tratamiento, siendo notable un mayor número de mujeres (**Tabla 14**).

Finalmente, para la evaluación de Autoeficacia, los participantes se perciben más capaces en la conducta de medicación y regularmente eficaces en las conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física. En la evaluación total, se reportan regularmente capaces en ambos sexos (**Tabla 15**).

Tabla 13

Autocuidado general por sexo.

	H	%	M	%	TOTAL	%
Mi autocuidado de la diabetes es deficiente						
No aplica a mi caso	6	0.19	9	0.28	15	0.47
Aplica a mi caso hasta cierto punto	2	0.06	5	0.16	7	0.22
Aplica a mi caso de manera considerable	3	0.09	3	0.09	6	0.19
Aplica mucho a mi caso	1	0.03	2	0.06	3	0.09
No se requiere como parte de mi tratamiento	1	0.03	0	0.00	1	0.03

Nota: 10 pacientes no contestaron el instrumento (n=32).

Tabla 14

Adherencia terapéutica por sexo (n=42).

	H	%	M	%	TOTAL	%
Con adherencia	1	0.02	5	0.12	6	0.14
Sin adherencia	13	0.31	23	0.55	36	0.86

Tabla 15*Autoeficacia por sexo (n=42).*

	H	%	M	%	TOTAL	%
Alimentación						
No me siento capaz	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Poco capaz	2	0.05	8	0.19	10	0.24
Regularmente capaz	9	0.21	12	0.29	21	0.50
Me siento muy capaz	3	0.07	8	0.19	11	0.26
Actividad física						
No me siento capaz	1	0.02	4	0.10	5	0.12
Poco capaz	5	0.12	8	0.19	13	0.31
Regularmente capaz	6	0.14	11	0.26	17	0.40
Me siento muy capaz	2	0.05	5	0.12	7	0.17
Medicamentos						
No me siento capaz	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Poco capaz	1	0.02	1	0.02	2	0.05
Regularmente capaz	7	0.17	6	0.14	13	0.31
Me siento muy capaz	6	0.14	21	0.50	27	0.64
Total						
No me siento capaz	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Poco capaz	1	0.02	5	0.12	6	0.14
Regularmente capaz	12	0.29	17	0.40	29	0.69
Me siento muy capaz	1	0.02	6	0.14	7	0.17

Respecto a las emociones positivas que estuvieron más presentes en los participantes de acuerdo con lo reportado en el instrumento PANAS, se encontró que se percibieron mayormente “dispuestos”, “interesados” y “animados” y en menor medida “inspirados” (**Tabla 16**); mientras que, para las emociones negativas, se encontró que se percibieron mayormente “tensos”, “culpables” o “nerviosos” y muy poco “irritados”, “enojados” y “disgustados” (**Tabla 17**).

Tabla 16*Emociones positivas (PANAS).*

	Mucho (5) %		Bastante (4) %		Algo (3) %		Muy poco (2) %		Nada (1) %		Total	%
Interesado	8	0.20	16	0.39	9	0.22	4	0.10	4	0.10	41	100
Dispuesto	12	0.29	18	0.44	7	0.17	3	0.07	1	0.02	41	100
Animado	9	0.22	15	0.37	12	0.29	4	0.10	1	0.02	41	100
Enérgico	4	0.10	15	0.37	10	0.24	9	0.22	3	0.07	41	100
Entusiasmado	6	0.15	17	0.41	10	0.24	6	0.15	2	0.05	41	100
Orgullosa	9	0.22	9	0.22	9	0.22	12	0.29	2	0.05	41	100
Inspirado	6	0.15	9	0.22	18	0.44	5	0.12	3	0.07	41	100
Decidido	8	0.20	14	0.34	13	0.32	4	0.10	2	0.05	41	100
Atento	9	0.22	14	0.34	14	0.34	3	0.07	1	0.02	41	100
Activo	10	0.24	9	0.22	16	0.39	5	0.12	1	0.02	41	100

Nota: No se tomó en cuenta la información del paciente 15 debido a que no se encontraba completa (n=41).

Tabla 17*Emociones negativas (PANAS).*

	Mucho (5) %	Bastante (4) %	Algo (3) %	Muy poco (2) %	Nada (1) %	Total	%					
Disgustado												
/enfadado	2	0.05	9	0.22	9	0.22	16	0.39	5	0.12	41	100
Culpable	4	0.10	3	0.07	13	0.32	10	0.24	11	0.27	41	100
Temeroso	7	0.17	5	0.12	8	0.20	10	0.24	11	0.27	41	100
Enojado	3	0.07	6	0.15	11	0.27	13	0.32	8	0.20	41	100
Irritado	0	0.00	6	0.15	9	0.22	20	0.49	6	0.15	41	100
Tenso	6	0.15	7	0.17	18	0.44	8	0.20	2	0.05	41	100
Avergonzado	0	0.00	3	0.07	9	0.22	13	0.32	16	0.39	41	100
Nervioso	4	0.10	8	0.20	13	0.32	11	0.27	5	0.12	41	100
Intranquilo	4	0.10	7	0.17	12	0.29	13	0.32	5	0.12	41	100
Asustado	5	0.12	5	0.12	8	0.20	11	0.27	12	0.29	41	100

Nota: No se tomó en cuenta la información del paciente 15 debido a que no se encontraba completa (n=41).

Referente al autocuidado considerando la puntuación obtenida en rango del 0 al 10 se clasificó en Deficiente (0 a 3), Regular (4 a 6), Bueno (7 a 9) y Excelente (10). Se observó que para los factores de Glucosa (monitoreo de glucosa) y Dieta, la mayoría de los participantes tiene un autocuidado regular. Mientras que para los factores de Actividad física y Servicios de Salud, la mayoría de los participantes reporta un autocuidado deficiente, y finalmente el autocuidado general que reportan los participantes es deficiente tal como se nota en la **Tabla 18**.

Tabla 18

Autocuidado clasificado por puntaje del 0 al 10.

	Deficiente (0 - 3)	%	Regular (4 - 6)	%	Bueno (7 - 9)	%	Excelente (10)	%
Glucosa	5	0.16	19	0.59	8	0.25	0	0
Dieta	12	0.38	19	0.59	1	0.03	0	0
Actividad física	27	0.84	5	0.16	0	0.00	0	0
Servicios salud	22	0.69	9	0.28	1	0.03	0	0
Autocuidado general	31	0.97	1	0.03	0	0.00	0	0

Nota: 10 pacientes no contestaron el instrumento n=32.

Resultados estadística no paramétrica**Tabla 19***Correlación Rho Spearman entre variables de interés (n=42).*

	Edad	Edad diagnóstico	Años enfermedad	Emociones negativas
Emociones positivas	0.18	0.30	1.69	
Emociones negativas	0.80	-1.71	2.05 *	
TMMS_Atención	1.03	-0.96	1.69	1.82
TMMS_Claridad	0.43	0.41	0.68	-0.82
TMMS_Reparación	1.14	-0.46	2.59 *	-0.42
Autoeficacia	0.48	0.51	0.93	-0.95
Malestar emocional	-1.73	-3.38 *	1.69	2.53 *
Adherencia terapéutica	1.08	-0.02	1.93	1.14
Autocuidado total	-0.21	-0.09	-0.05	0.18

Nota: * $\alpha = 0.05$

De acuerdo con los datos en la **Tabla 19**, se identifica que existe un patrón de correlación indirecta significativa entre el malestar emocional y la edad de diagnóstico (-3.38). En contraste con la correlación encontrada entre las variables Emociones negativas y Años de enfermedad donde se visualiza un patrón de correlación directa significativa (2.05). Asimismo, para las variables TMMS_Reparación y Años de enfermedad donde también se visualiza un patrón de correlación directa significativa (2.59). De igual manera se encuentra correlación directa significativa entre el Malestar emocional y las Emociones negativas (2.53).

Fase III – Características Esenciales de la Experiencia de Vivir con Diabetes
(Experienciación emocional)

“Hace falta una vida para aprender a vivir”

Séneca

Objetivo

Comprender el fenómeno social y emocional de los participantes que viven con diabetes a partir de la experienciación emocional, desde el ámbito individual, familiar y social.

Explorar los motivos comunes por los cuales los participantes realizan ciertos comportamientos intentando descifrar su sentido personal.

Se entiende por experienciación al término definido por Gendlin (2014), que se origina en el Enfoque Centrado en la Persona, una teoría de Carl Rogers publicada por primera vez en 1956. La experienciación tiene dos características principales: 1) Es sentida más que pensada, conocida o verbalizada y 2) Ocurre en el presente inmediato. La experienciación es lo que una persona siente aquí y ahora, en este momento. Es un flujo cambiante de sensaciones que hace posible a cada individuo sentir algo en cualquier momento dado. La experienciación se siente, ocurre en el presente inmediato, el individuo se refiere directamente a ella como un dato en su propio campo fenomenológico, y guía sus formulaciones conceptuales por dicha referencia directa. (p.20)

Diseño

Se utilizó un diseño cualitativo con enfoque fenomenológico el cual permitió describir la experienciación emocional de los pacientes con DMT2.

En la fenomenología “el investigador identifica la esencia de las experiencias humanas en torno a un fenómeno de acuerdo a como lo describen los participantes del estudio” (Creswell, 2017, p15). La fenomenología describe los significados vividos existenciales y procura explicar los significados en los que se está inmerso en nuestra vida cotidiana (Gómez, Flores & Jiménez, 1999).

En la investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, “el objeto de estudio son los sujetos y la especificidad del objetivo de la investigación viene dada por el problema concreto que se quiere investigar. Desde esta perspectiva, la investigación cualitativa posee un carácter fenomenológico que expresa aquella relación dialéctica que surge en la relación entre las personas que conforman la unidad de estudio”. (Mollà, Bonet & Climent, 2010, p.115)

Participantes

Los participantes se eligieron a través de muestreo no probabilístico por conveniencia que Hernández et al. (2014) define como “las muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso (Battaglia, 2008a)”.

Los participantes fueron 3 hombres y 5 mujeres adultos entre 44 años y 65 años con diagnóstico de DMT2 mayor a un año y estado civil indistinto que voluntariamente quisieron participar en el estudio.

Se les invitó a participar y se les comentó que la finalidad del estudio es comprender como es para las personas que han sido diagnosticadas con diabetes tipo 2, vivir con diabetes. Asimismo, se les comentó que la información sería tratada de manera confidencial y solo se utilizaría con fines de investigación.

Procedimiento

Recolección de datos

La información fue recolectada mediante entrevistas a profundidad, “el entrevistador descubre claves de análisis e interpretación que ofrecen los propios entrevistados” (Valles, 2014, p.150), Desde la perspectiva fenomenológica defendida por autores como Taylor y Bogdan, debe entenderse como “los reiterados encuentros, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Hernández, 2008, p.2). Con la aplicación de las entrevistas a profundidad se pretende; 1) captar toda la riqueza del significado de la diabetes en la vida de la persona, 2) reconstruir su experiencia emocional concreta fomentando la máxima libertad de autoexpresión, 3) sensibilización con los problemas importantes y con sentido para el entrevistado y 4) acceder a la comprensión de la perspectiva del paciente y poder identificar las barreras, emociones y facilidades a las que se enfrenta día a día el paciente que vive con diabetes.

Las entrevistas se condujeron en un ambiente tranquilo y privado directamente por la investigadora quien cuenta con experiencia en Enfoque Centrado en la Persona. Las entrevistas se realizaron en una sesión con duración promedio de 50 minutos y fueron audiograbadas con el consentimiento verbal del participante. Las audiograbaciones fueron realizadas mediante aplicación de Notas de voz de iphone. La transcripción de cada entrevista se realizó enteramente por la investigadora para su codificación y análisis.

Análisis

Para el análisis de la información, se eligió el método fenomenológico porque se enfoca en la esencia de las experiencias humanas en torno a un fenómeno de acuerdo con como lo describieron los participantes del estudio (Creswell y Poth, 2016). La orientación de la fenomenología fue interpretativa dado que permitió elaborar interpretaciones de la experiencia explorada con base en lo que los participantes expresaron (Hernández, et al., 2014).

Se realizaron lecturas reiteradas a las narrativas para identificar unidades de significado que describieran las experiencias de los participantes. Cada unidad de significado encontrada fue codificada para conservar la confidencialidad de los participantes. En cuanto se consiguió cubrir los criterios de saturación teórica (Hennink et al., 2017) y de código, se agruparon en cinco temas centrales.

La clasificación y asignación de categorías y subcategorías se realizó de forma manual utilizando una codificación abierta que se realizó de manera simultánea al análisis. Se denomina codificación abierta “al proceso de abordar el texto, con el fin de desnudar conceptos, ideas y sentidos” (Strauss y Corbin, 2002, p. 111).

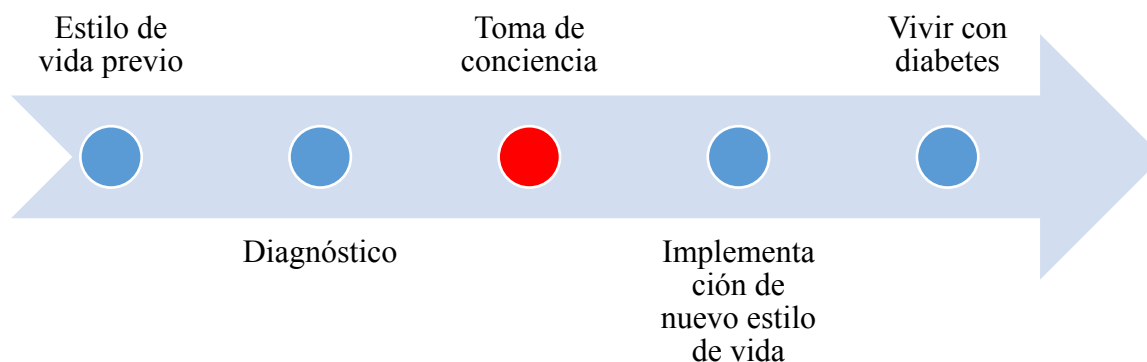
Para llevar a cabo el proceso de análisis y codificación, se utilizó el paquete Excel para establecer las categorías y hacer los filtros necesarios para el análisis.

Resultados

Como resultado del análisis, surgieron cinco temas centrales: 1) Estilo de vida previo, 2) Diagnóstico, 3) Toma de conciencia, 4) Implementación de nuevo estilo de vida y 5) Vivir con diabetes (**Figura 9**).

Figura 9

Temas centrales de la experienciación de vivir con diabetes.



A continuación, se describen los resultados sobre los temas encontrados a la par de sus respectivos subtemas asociados:

1. Estilo de vida previo

Los participantes describen su estilo de vida previo como las acciones que realizaban de manera cotidiana sin tener conocimiento o conciencia plena de que podrían estar relacionadas con el desarrollo concomitante de la enfermedad. A partir de esta idea, se identificaron cuatro atributos asociados: “Creencias”, “Alimentación”, “Información” y “Factores de riesgo”.

Creencias. Los participantes se regían por el sistema de creencias personal o familiar que era el que dictaba sus conductas sin cuestionamientos.

Paciente 1: "...pues te decían que si estabas flaco es porque no comías, entonces, tenías que estar gordito para que te dijeran ah, pues sí estás sano".

Paciente 6: "...tomabas refresco y comías dulces y nadie te decía: no comas porque te vas a hacer diabético".

Alimentación. Los participantes refieren haber tenido dietas no saludables, esto es, dietas que no contenían todos los nutrientes necesarios, desequilibrada en la distribución, sin restricciones, sin horarios, sin variedad.

Paciente 3: "era como desenfrenado ¿no?!, Yo comía de todo. No me cuidaba, obviamente, ningún tipo de alimentación, comía mucho dulce, comía mucha golosina. Mi dieta era muy mala. Yo no comía nada de verduras ...nada".

Paciente 5: "muy malos hábitos alimenticios este, eh, dejaba pasar muchas horas entre un alimento y otro, me comía cualquier cosa. y en parte por el sobrepeso u obesidad que tengo".

Información. El desconocimiento de las características esenciales de la enfermedad, así como de las causas del desarrollo de la misma y de las complicaciones asociadas. La información que tenían los participantes no era completa, oportuna y correcta. Asimismo, no se encontraba disponible o al alcance.

Paciente 1: "...ya me había percatado que tenía el cuello con manchas negras, no sabía lo que era".

Paciente 5: “Lo único que sabía es que eran niveles muy altos de azúcar y que te pueden afectar muchos órganos”.

Paciente 6: “en la época que vivimos de niños no había ese tipo de información y menos para niños, o sea, no había nada. Tú no veías en la tele como ahora, lo que puede causarte esto”.

Factores de riesgo. Los participantes no estaban conscientes del significado de constructos actuales tales como “sedentarismo”, “sobrepeso”, sabían que sus familiares directos tuvieron o tienen la enfermedad y que por herencia lo podrían desarrollar, sin embargo, no tenían información de como actúan esos factores de riesgo en conjunto para poder tomar medidas preventivas al respecto.

Paciente 1: “Por cuestión de trabajo me la pasaba sentado todo el día y tenía poca actividad, comíamos lo que podíamos, las maquinitas, comía chatarra”.

Paciente 3: “Lo único que sabía es también es una situación hereditaria y que, pues yo podría llegar a tener la diabetes por mi papá; la podía disparar, pero era todo lo que sabía no, no había investigado más allá”.

2. Diagnóstico

El diagnóstico expuesto como la forma en que los participantes se enteraron de que tenían diabetes tipo 2; se presenta de manera inesperada o con carácter de urgencia, acompañado de un cúmulo de emociones y pensamientos. A partir de esta idea, se identificaron cinco atributos

asociados: “Otras razones de consulta u otros síntomas”, “Predisposición”, “Emociones”, “Sentido de vida” y “Tratamiento farmacológico”.

Otras razones de consulta u otros síntomas. Antes de recibir el diagnóstico de diabetes tipo 2, los participantes expresaron en su mayoría no haber presentado los síntomas habituales de diabetes o bien que estos los habían normalizado y no pudieron notarlos. Asimismo, las razones de la consulta o urgencia médica en ningún momento la asociaron con la posible presencia de diabetes en específico.

Paciente 3: “...me sorprendió porque yo realmente iba a una consulta porque sentía yo la presión y por los triglicéridos, yo iba por eso, yo iba a la consulta porque me había hecho unos análisis y vi que estaban muy elevados. Entonces, cuando llego a la consulta me dicen, pues pasa que tu problema es que eres diabético y por eso tienes elevado todo. El problema que como yo ya tenía esa sed de siempre pues no este, no lo sabía distinguir.”.

Paciente 2: “me realizan unos estudios y en ese momento me diagnostican la diabetes tipo 2 que fue en el año 2000”.

Paciente 4: “...es que yo todo el tiempo voy mucho al baño, por eso no detectaba ya nada”.

Paciente 1: “Me percaté de que mi vista no estaba bien, pero yo lo atribuía a que había dormido mal, en una mala posición y estaba viendo mal”.

Predisposición. Los antecedentes de familiares con diabetes dejaban ver la posibilidad de desarrollar en algún momento la enfermedad y de cierta forma el diagnóstico lo esperaban en algún momento.

Paciente 3: “de momento si me sorprendió, pero como que de alguna manera yo ya dije bueno, pues si tenía que llega este momento (risa suave cómo de que pues ya lo sabía). No me preocupé, sólo que sí me sorprendió saber algo que no, no iba con esa idea”.

Paciente 4: “No me cayó, así como de sorpresa. así como de .. otra enfermedad, ¡no!. A nosotros siempre nos decían los doctores, ustedes van a tener diabetes tarde o temprano”.

Paciente 5: “...no me causó mucha impresión es algo como que ya esperaba”.

Emociones. El hecho de recibir el diagnóstico de una enfermedad “crónica degenerativa como la diabetes”, ante la incertidumbre de lo que está por venir aunado al desconocimiento en que se encuentran la mayoría de los pacientes, genera una serie de emociones negativas para el paciente y para sus familiares, así como pensamientos agobiantes en la mayoría de los casos que podrían incluso paralizarlo ante el cuidado que requiere la enfermedad.

Paciente 5: “En un principio pues si fue así como que de mucha preocupación de muy enfático lo que ¿pues qué voy a comer?, tengo que bajar de peso y todo eso. Es preocupación, es miedo en algún momento sentí miedo. En cuanto a la familia, pues si, se sorprendieron, se asustaron, se preocuparon, este, como que la palabra diabetes es algo que pues te da mucho miedo y preocupación”.

Paciente 1: “Al principio es frustrante ¿no? digo, mi caso fue de salir del hospital y ver que mis niveles de glucosa o sea nunca bajaban, o sea, me tardó mucho tiempo en que mis niveles de glucosa estuvieran en parámetros normales. Entré en depresión, por lo mismo de que no bajaban mis niveles de azúcar”.

Paciente 2: “A partir de ahí, pues si sentía yo mucha tristeza, miedo eh, tuve mucha depresión”.

Sentido de vida. Para algunos casos los pensamientos fatalistas salen a flote e incluso pueden atentar sobre su sentido de vida.

Paciente 1: “...el futuro que yo he visto para alguien que tiene diabetes es muy feo. O sea, me tocó directamente y la verdad es que no me quiero ver en ese espejo.

Es miedo, decir “voy a terminar así”. Era una pena muy grande verlo como se iba consumiendo poco a poco él y pues “yo lo veo como un futuro para mi”.

Paciente 2: “...me empezaba a sentir solo, pensaba en mi familia ¿qué iba a pasar con ellos?. Pensaba siempre pues “¿para qué vivo?”, ¿qué voy a hacer ahora?. Sentía que ya me quería morir, entonces tenía muchas dudas, sentía mucha soledad”.

Tratamiento farmacológico. Como parte del manejo integral de la enfermedad, el medicamento juega un papel fundamental para el control de la glucosa, sin embargo, también puede convertirse en una dificultad respecto a la adherencia cuando se prescriben varios medicamentos (polimedicación).

Paciente 5: “Cuando me dijo el médico que ya pasando los 100 ya eres diabética, pues me mandó muchísimos medicamentos. Me tomaba como 6 u 8 medicamentos. Sufría mucho del estómago, tenía vómito, tenía nauseas todo el tiempo y casi no comía”.

3. Toma de conciencia

Entendido como el proceso (tiempo) que le lleva al participante a entender cuáles son los cambios sustanciales que lo llevarán a tener un mejor cuidado de sí mismo. Sabiendo de antemano que no es una decisión aislada ni espontánea, sino que dependerá de cada individuo respecto al futuro que quiere tener. El paciente 1 lo definió como “mentalizarme que: a ver, la enfermedad no se va a ir, va a estar ahí conmigo hasta el día que yo me muera. ¿Qué tan larga quiero que sea mi vida?, depende de mí”.

Partiendo de esta concepción se encontraron siete atributos asociados: “Hábitos”, “Descuido”, “Autocuidado”, “Etapa de aceptación de la enfermedad”, “Creencias”, “Tomar la responsabilidad” y “Atención emocional”.

Hábitos. Los participantes identificaron aquellas conductas que, de manera repetida y automática, realizaban en su vida cotidiana, sin reparar en las consecuencias que esto les traería en el futuro.

Paciente 6: “Yo creo que parte de herencia y parte malos hábitos de comer, pues porque hay cosas que comes que no deberías, y pues no hacer ejercicio. Eso de plano”.

Paciente 8: “Todos los problemas que me vinieron de la diabetes fueron porque no tenía hábitos de alimentación adecuados”.

Paciente 1: “...que no sabemos comer, ahorita yo como por hambre, no por comer”.

Descuido. Externado como una falta de interés, atención o cuidado de los participantes ante situaciones o conductas que están a su cargo o bajo su responsabilidad.

Paciente 2: "...mi salud se seguía deteriorando, pues yo no le hacía mucho caso todavía".

Paciente 5: "...me descuidé física y emocionalmente. Como que yo me ponía poca atención".

Paciente 6: "...me imagino yo y pienso que igual y desde antes a lo mejor ya estaba mal y no me di cuenta hasta que te digo me explotó el estrés verdad y me pasó esto y fue como se dieron cuenta".

Autocuidado. Entendido como enfocar la atención y las acciones en las cuestiones que se realizan adecuadamente y las que requieren mejorarse por comprometer el bienestar futuro.

Paciente 4: "...como que te pasa una película ¿no?, de lo que vivió mi mamá, mi hermana, pero digo: ¡no!, me doy cuenta y como que luego luego los bloqueo, y digo ¡no!, eso yo no lo voy a vivir. Yo no voy a pasar eso porque hago esto y esto.. y ¡no!"

Paciente 1: "...depende de como yo me cuide, como yo me active tanto física como emocionalmente y aceptar mis limitantes".

Paciente 5: "...y aunque se que es una enfermedad fuerte digamos y que te puede traer complicaciones a largo plazo, pero pues también se que me estoy cuidando y que estoy haciendo lo que debo para no caer en esas complicaciones pronto".

Etapas de aceptación de la enfermedad. Expresado como el nivel de pensamiento en el que se encuentra el participante que le ayuda a entender el proceso por el que está pasando. Se identificaron cuatro de cinco etapas de aceptación de la enfermedad de acuerdo con Figuerola (2013) "Negación", "Rebeldía", "Negociación", "Depresión" y "Aceptación".

Paciente 4: "...yo nunca voy a tener diabetes y lo sigo diciendo, aunque ya me la declararon sigo diciendo que yo no tengo diabetes" (Negación).

Paciente 2: "yo decía no... esto no me está pasando a mi" (Rebeldía).

Paciente 6: "...nunca me quise como que traumar con eso, como que ay, soy diabética y me voy a morir o me va a pasar esto o el otro no. Yo mi vida normal como siempre" (Negociación).

Paciente 3: "Y hoy pregúntame, ya me encantan. Puedo ya con mis verduras, pero pasaron nueve años para eso" (Aceptación).

Paciente 1: "...pero realmente no me voy a curar, o sea, es algo con lo que tengo que aprender a vivir" (Aceptación).

Creencias. Los participantes elaboran asociaciones para tener un mejor entendimiento de lo que sucedió o está sucediendo, lo que puede llevarlos a corregir o retroceder según sea el caso. Como lo expresa el paciente 6: "Me empecé a dar cuenta que mi diabetes no es tanto por comida, sino más bien por estrés". Asimismo, el paciente 2: "...a lo mejor me dicen esto porque me odian porque soy gordito, les molesta que pues yo coma de todo y los demás no".

Tomar la responsabilidad. Trazar caminos de acción que conlleven a mejores resultados sobre sus esfuerzos. Centrándose donde tienen poder para actuar. Analiza la situación, reconoce su error, explora soluciones.

Paciente 4: “Le dije al doctor...oiga, me iba a pasar desde cuando con la nutriologa hace como dos años ... porque yo quiero saber exactamente qué puedo comer y qué evitar. pero nunca me pasó con la nutrióloga”.

Paciente 1: “...quiero un refresco ¿no?, pero te vas dando cuenta ¿qué es lo que quiero?. Pues, yo quiero ver a mis hijas crecer.”

Paciente 3: “...y ves la otra cara de la moneda, y ves a las personas. Entonces ya uno lo ve de este lado diciendo ¡no comas eso! tiene mucha grasa, es pura porquería lo que estás comiendo”.

Atención emocional. Los participantes toman conciencia de sus emociones, son capaces de reconocerlas y saber lo que significan en ese momento de vida.

Paciente 4: “...me da temor, por ejemplo, una amputación eso si me daría mucho temor. Eso si me daría temor... ser dependiente”.

Paciente 8: “...que mis emociones son las que desencadenan que yo no siga la dieta que debo de seguir para cuidarme”.

Paciente 5: “Yo creo que ya el miedo se fue, el miedo era más bien a desconocer qué iba a pasar después, a que no se pudiera controlar los niveles de azúcar, y ver a qué me iba a enfrentar”.

Paciente 3: “...por la alegría de estar con la familia pues comes de más”.

4. Implementación del nuevo estilo de vida

Asumido como una serie de cambios inesperados, sin definición explícita (lo cual representa dificultades para su correcta implementación), obligatorios y necesarios para alcanzar una “meta terapéutica” (si es que esta es proporcionada en el mejor de los casos); que no es clara ni consultada con las posibilidades individuales del paciente. Simplemente se establece como parte del tratamiento con la consigna de que de este nuevo estilo de vida dependerá que mejore la condición futura, sin embargo, no se explican los tipos de cambios ni los beneficios, solo se prescriben de manera genérica “debe cambiar su alimentación” y “debe hacer ejercicio” adicionales al medicamento prescrito.

En función de lo externado por los participantes, se encontraron siete atributos asociados: “Alimentación”, “Ejercicio”, “Medicamento”, “Disciplina”, “Desinformación”, “Apoyo familiar” y “Seguimiento”.

Alimentación. Los cambios que requieren realizarse o se han realizado en la alimentación como parte del tratamiento, con las implicaciones que estos cambios han significado para los participantes. Los participantes exponen dificultad para adoptar el nuevo régimen de alimentación ante la falta de orientación o desconocimiento para llevar una dieta correcta. Experimenta emociones negativas por no saber qué puede comer, por las restricciones y por la impotencia de tener que resistir ante los antojos; hasta el hecho de llegar a aislarse. Asimismo, expresaron haber tenido cierta negativa o resistencia para implementar los cambios. La dificultad o facilidad para implementar los cambios en lo que a alimentación se refiere, se observa en función del estilo de alimentación previo.

Paciente 6: "...luego ni comes, porque te entra un miedo... no mejor no voy a comer porque no sé qué puedo comer y qué no. O te dices, que todo lo que te vas a comer, aunque esté saludable te va a hacer daño y no es así".

Paciente 3: "Básicamente la molestia. Enojo por tener que cambiar tus dietas, tu alimentación eso era lo que más me pegaba. El enojo, el enfado, la renuencia, el no querer entender que si no cambiaba de dieta no iba a tener muchos años de vida ... bueno.. eso hace enojar porque imagínate, venir de comer carne y azúcares a quitátelos, pues si, si te afecta".

Paciente 2: "...me enojaba con las nutriólogas que me dijeran que pues yo ya no comiera. En momentos pues si me desesperaba y pensaba en dejar la dieta".

Paciente 1: "...quitar de mi dieta, refrescos, pan dulce, dulces, postres".

Paciente 5: "Lo más fácil fue lo de la alimentación porque en realidad yo no comía muchos alimentos de los que no puedo comer ahora".

Ejercicio. La implementación de ejercicio también se expresó como un cambio con ciertas dificultades derivadas del sedentarismo del que venían y del tipo de ejercicio que les fue prescrito sin explorar sobre sus posibilidades o gustos.

Paciente 3: "...el ejercicio también ese fue un cambio muy... antes yo no hacía nada de ejercicio. Entonces este... pues si fue otra vez tienes que cambiar de comida y tienes que hacer ejercicio para estar quemando todas las calorías. Pues esos dos cambios fueron los

que más me afectaron. Tenía que caminar, correr, bicicleta y eso... de tipo cardio, ese era el tipo de ejercicio... correr y caminar pues me era muy difícil”.

Paciente 6: “Ejercicio ¡no!, no soy buena para eso, ni me gusta, nunca lo he hecho. Así de plano. Eso no es parte de mi vida”.

Paciente 5: “...a mi no me gustaba la alberca, entonces pues si iba a disgusto, iba molesta, no me gustaba, este, pues más que un gusto era una tortura ir a la alberca”.

Medicamento. La mayoría expresa haber tenido facilidad para adherirse al tratamiento farmacológico cuando la prescripción consistía en un solo medicamento y no presentaro efectos adversos. La sensibilidad del profesional de la salud para hacer los ajustes necesarios cuando el medicamento está causando malestar, es algo que se valora por los participantes.

Paciente 3: “Lo que ha sido fácil es precisamente eso... como el medicamento a muchos les puede caer mal y tienen algún problema gástrico o mareo o lo que les pasa con el medicamento luego es fuerte. A mi en ese aspecto pues tampoco me afectó por eso es que me fue muy sencillo acoplarme a los medicamentos y lo que se me ha estado regulando durante estos nueve años pues es eso”.

Paciente 5: “Lo más drástico fue el medicamento y que nunca me sentía bien. Siempre andaba como que con miedo. Por ejemplo, para ir a trabajar, me voy en el transporte decía..., no me vayan a dar ganas de vomitar mientras que voy de camino y ¿qué hago?”.

Disciplina. Las enfermedades crónicas como la diabetes requieren de un apego considerable a las normas de alimentación establecidas para un buen control glucémico, sin

embargo, se debe contar con las condiciones para ejecutarlo adecuadamente. Por ejemplo el paciente 6 expone “yo tengo una vida muy acelerada, no tengo tiempo de estar pensando si estoy mal o estoy bien. Osea, mi trabajo es muy absorbente”

Paciente 2: “...seguía con mis mismas rutinas, seguía comiendo lo mismo”.

Paciente 5: “...empecé a restringir como que el antojito de esto, el antojito de aquello”.

Desinformación: La falta de orientación sobre las conductas, así como la falta de información oportuna ha sido expresada como una dificultad para poder llevar a cabo los cambios requeridos. Siendo la información clara, específica y oportuna un elemento fundamental para que el paciente tome las riendas de su autocuidado.

Paciente 2: “...tenía que hacer un cambio de vida. No entendía eh... a qué se referían con cambio de vida hasta que ya me explicaron en cuestión de alimentación, cuestión del ejercicio, mis medicamentos, entonces empiezo a ver ya un cambio realmente pues si...mi vida da un giro de 180 grados”.

Paciente 3: “Yo digo que la información recibida fue mala. Fuí con un médico general así que realmente no hubo mucha información y lo que recibí fue de dietas. Fue hay que tener esta dieta y me dieron un medicamento. Bueno, me recetaron un medicamento para tomar, la metformina”. Y fue todo, o sea, nada más fue aquí está el medicamento hay que tomarlo una vez al día y pues tu dietas tienes que quita azúcares, grasas y harina”.

Apoyo familiar. Se expresa como un pilar fundamental para poder sobrellevar la carga que implican todos los cuidados que requieren considerarse para un buen manejo de la enfermedad. Aunque este apoyo también tiene implícitas dificultades para la misma familia.

Paciente 3: “De hecho le costó mucho trabajo a mi esposa tratar de que yo tomará una buena dieta, entonces, eso sí fue el problema”.

Paciente 5: “...mi mamá por otro lado, su apoyo total por lo mismo que yo llevo comida y todo es en gran parte porque ella se preocupa porque no me salga tanto de los alimentos permitidos y de más, y ella es quien me pone de comer para que lleve una buena alimentación”.

Paciente 1: “El apoyo se trata de decir oye, no puedes comer eso, oye, ya comiste ya no te lo comas. Oye, no has hecho ejercicio. Oye, no has tomado agua. De repente pueden llegar a ser un fastidio, pero no es en mala onda. Simplemente nos están apoyando nos guste o no.”.

Paciente 2: “...no tenía pues apoyo de la familia”.

Seguimiento. Expresado como la falta de orientación y sensibilidad que tienen los profesionales de la salud durante la consulta. El seguimiento es inadecuado pues sólo se prescribe medicamento. No se registra evidencia de que haya seguimiento a largo plazo para evitar riesgos. Al respecto el paciente 6 expresó “Por eso es que cuando bajo a la consulta al Seguro social, hasta te da risa, porque dices tú, o sea, te dicen tiene que tener la glucosa en 90, y me estás diciendo ¿cómo? O sea, no me estás diciendo cómo hacerlo ¿verdad?. Te dicen, se quiere morir ¿verdad? pues ¿a qué vas? la verdad. Antes estaba yendo a mi cita médica mensual

al seguro social pero luego ya se empezaron a complicar las cosas y ya no fui y tengo unos cuatro meses de no estar yendo mes a mes. Porque pon tú que nada más vas y pierdes el tiempo, no te dan nada, no hacen nada, y nada más el medicamento. Ni te revisan. O, te dicen: vaya con la nutrióloga. Vas, y la nutrióloga no está o te da cita para dentro de 5 meses y cosas así que ¿cuál seguimiento?”.

Paciente 2: “me molestaba que me regañaran y no me explicaran los análisis que decían que yo tomara en el laboratorio”.

5. Vivir con diabetes

Percibida como la forma en que los pacientes enfrentan los retos cotidianos a nivel individual, familiar, social y emocional para el manejo de la diabetes. Lo que conlleva a una tarea de toma de conciencia constante ante las restricciones alimentarias, el cansancio físico, las emociones a flor de piel y la convivencia en contextos llenos de tentaciones.

En función de lo externado por los participantes, se encontraron siete atributos asociados: “Falsa ilusión”, “Valoración personal”, “Negociación constante”, “Necesidad de empatía”, “Conciencia social”, “Sensibilidad emocional”, “Sabotaje publicitario”, “Recomendaciones”.

Falsa ilusión. Ante la ausencia de síntomas que presentan los pacientes pueden percibir una falsa ilusión temporal de sentirse no enfermos, y pueden confiarse poniendo en pausa su estatus de “estar en guardia”.

Paciente 1: “No me puedo considerar enfermo ya que no tengo síntomas, pero si estoy enfermo”.

Paciente 3: “Es muy difícil, porque precisamente como te sientes bien. Yo me siento muy bien, hasta yo mismo también me olvido que tengo una enfermedad. Me como una donita ¿no?, sin problemas. ¡No!, no puedes comer una dona”.

Paciente 2: “...si he tenido problemas con la rutina en cuanto a medicamentos, hay veces que me confío en que pues ya llevo varios días que baja y digo: pues ya no necesito el medicamento, o ya no necesito hacer tanto ejercicio”.

Paciente 7: “Pero también como que cuando uno se siente bien, y pasa, este... pues se te olvida y nuevamente se siente uno bien, y empieza a comer veinte mil cosas”.

Valoración personal. Ver a la diabetes como la oportunidad de poner atención en sí mism@.

Paciente 5: “Ha sido una buena experiencia, porque creo que antes de tener la enfermedad yo me descuidé un poco, me descuidé en todos los aspectos. Ha sido como que...pues si, una lección que me ha ayudado a estar más presente conmigo, en mi, a valorarme, a cuidarme, aunque ahora pues no sea por gusto, ¡pero bueno!”.

Paciente 8: “...ahorita lo que quiero, ya estuvo bien pensar en los demás, ya como que ya les dí mucho a los demás, ahora quiero pensar en mí, dedicarme tiempo a mí”.

Paciente 1: “...pues es llegar a las 7 de la noche, ver a hijas, y todavía estoy en el inter de encontrar ese espacio para mí”.

Negociación constante. La forma en que el paciente habla consigo mismo en la búsqueda de estrategias para continuar con el régimen alimenticio, ceder ante los antojos y sobreponerse ante las restricciones y dificultades.

Paciente 3: "...eso es frustrante. Si frustra, porque obviamente tienes el antojo y dices sí quiero, pero... y puedo si lo puedo comer ahorita ¿no?, pero no debo, y esa es la cosa el deber, eso es más mental que físico el que dices es que ¡no!, no debo porque si puedo, me lo como y no va a pasar nada, pero no debo. Me doy la media vuelta y la dejé. A veces ya cuando es mucho antojo, lo que hago es que mejor le doy una mordida. Si a lo mejor si es mucho antojo, lo que hago es que me lo quito con un poquito pero no me lo acabo todo. Que parece bueno... ya me quité el antojo y lo dejo a un lado. Ponerlo en mi lengua nada más para que sepa que ahí estuvo y se quedó el aroma o el sabor y ¡ya!”.

Paciente 1: "...me tomo una coca, me tomo un refresco a me tomo un vaso de agua pues ¡no es fácil!, o sea, así como lo escuchas ¡no es fácil!.

No te tienes que privar de ello, simple y sencillamente dices: llevo toda una semana con mi dieta, creo que es justo que un fin de semana pueda romperla un poco, más no salirte de ella. Me comí una galleta en la mañana ¿no?, o al medio día, pues no te la comes en la noche ¿no?”.

Paciente 5: "...que yo sé que si empiezo a comer los alimentos, de repente ya... en mi caso por ejemplo empiezo, ay una galletita al fin que no se me subió mucho el azúcar, ay bueno pues ya otra y así, entonces empiezas a confiarte porque con una galletita no te pasó nada o

porque con esto tampoco, y en mi caso pues empiezo a confiarme y empiezo así a comer de más, o a comer lo que no debo”.

Paciente 6: “...si me dijeran que tengo que hacerlo a fuerza, pues a lo mejor lo haría pero no... no con gusto. Sería algo muy difícil para mí. Más que si me dijeran tienes que dejar de comer. O sea, el ejercicio ¡no!, de plano. No me gusta, y caminar menos. Yo voy a la tienda y voy en carro. Yo no camino ni a la esquina”.

Conciencia de autocuidado. Los participantes reconocen que son responsables de su propio bienestar, y que, dicho bienestar, también se extiende a la familia y la comunidad. Entonces toman acciones y medidas para responder a las necesidades que protegen su salud mental, física y emocional.

Paciente 4: ”...me checo regularmente el azúcar en una farmacia o voy a veces al seguro. Sigo haciendo ejercicio, camino mucho diario, diario. Caminar en la mañana y en la noche de 40 minutos a una hora. También yo busco siempre gente positiva”.

Paciente 1: “...necesito comer algo, ¿qué como?, no puedo comer chatarra, es... llévate tu fruta, desayuna en la mañana algo que te nutra, algo que no haga que se te suban los niveles de azúcar... y es aprender a comer. No hice ejercicio en la oficina, pues tengo que hacerlo en casa”.

Paciente 5: “En la casa nunca hay dulces, pan blanco por ejemplo, pasta comemos poco y de más”.

Condiciones para el autocuidado. Reconocen que pueden presentarse situaciones que física o emocionalmente pueden ser indicadores de su autocuidado y limitantes para llevarlo a cabo.

Paciente 3: "...es fatiga, somnolencia, falta de aire, esas son las cosas que me llegan a pasar cuando yo sé que ya abusé o, siento calor, un calor interno muy fuerte. Si yo en ese momento se me antoja y vi un pedacito de pastel y agarro y digo: bueno una cucharada, dos cucharadas y me las como. En este momento empiezo a sentir algunas molestias, por ejemplo, es falta de aire o fatiga".

Paciente 6: "...pues que tienes que tener fuerza para luchar con muchas cosas, que a lo mejor la misma diabetes te provoca a veces agotamiento, o este... cómo te digo... sueño, cansancio. Lo único que sí... el cansancio, ese sí lo resiento mucho pero es también por mi tiempo de trabajo tan fuerte".

Paciente 4: "Hay veces que siente uno un cansancio, es a veces un cansancio que no te quieres, ni levantar. También lo que me ha afectado es el sueño".

Paciente 1: "Pero hay días en que el agotamiento sí ya es excesivo".

Emociones / Sensibilidad emocional. Los pacientes se perciben atentos y conscientes de sus emociones y se notan más sensibles emocionalmente que antes del diagnóstico.

Paciente 5: "...sí está la preocupación, sigue la preocupación pero ya se ha vuelto como un hábito el tener la alimentación, el hacer el ejercicio, y el tomar los medicamentos.

Por ejemplo, mi mamá si dice que ella nota que a partir de que me diagnosticaron, nota que mi carácter cambió y que me volví más enojona”.

Paciente 3: “...el no poder comer todo lo que todos comen, por ejemplo, ir a un festejo con el pastel ahí; todo mundo comiendo pastel y tú nada más viéndolos, ¡si pone triste!

Digo, preferiría ser gordo que tener diabetes. Esas son las cosas que luego uno se pone así medio triste”.

Paciente 4: “Pues ser optimista, o ser alegre, no sé como... sí, o sea eso creo que es lo que me ha ayudado”.

Paciente 8: “...cómo manejar esas emociones o ese enojo que de repente me altero demasiado por algo tan simple. Estar obviamente viviendo con esa diabetes pero con cuidado y saber como llevar y manejar todas las emociones que es un tema que lamentablemente no se trata en ningún lado”.

Paciente 7: “...yo desde esa vez, me he vuelto muy llorona, mis hijos se enojan, pero es que no puedo, digo, las emociones las tengo muy a flor de piel”.

Paciente 6: ” Bueno, a lo mejor este...te hace más...cómo te puedo decir? a lo mejor más susceptible a o más delicada a... o no sé como llamarle? que a lo mejor te enojas más fácil, o te entusiasmas más fácil, no se... te vas a los extremos”.

Necesidad de empatía. Se expresó como la necesidad de que se comprenda su situación, de que los escuchen. Aunque están conscientes de que los demás no la experimentan igual, pero

como una forma de hacer una petición en silencio de lo que les podría ayudar a sentirse más comprendidos y sobrellevar mejor la enfermedad.

Paciente 3: “El cambio que he sentido es más bien que no ha habido cambio. O sea, yo si hubiera querido un cambio fuerte, decir bueno... ahora que saben que estoy diabético, pues ya no estén poniendo tantas coca colas en la mesa ¿no?... ¡porque se me antojan!”.

Paciente 1: “...uno estando acá, lo ves como ¡ya déjame en paz!, yo sé lo que hago”.

Paciente 2: “Gracias a ti que me diste la oportunidad de desahogarme un rato”.

Paciente 8: “...no me siento cuidada o querida como yo quisiera”.

Paciente 6: “Yo creo que también tiene mucho que ver tu entorno, tu familia. Todo verdad, todo influye porque si hay alguien que te está compadeciendo todo el tiempo o que de alguna manera no te apoya o x, entonces te vas a sentir mal. O te está todo el tiempo cuidando y acaban enojados porque todo el tiempo te está prohibiendo”.

Conciencia social. Los participantes se dan cuenta que no se ha reconocido ni comprendido la dificultad que representa hacer tantos cambios en el estilo de vida y que al no reconocerlos ni ejercer acciones responsables y comprometidas para apoyarlos, dificultan que las personas que viven con diabetes los implementen con mayor facilidad.

Paciente 3: “...que se dieran cuenta porque esto no es una enfermedad... no es una gripa, que realmente es una enfermedad difícil y que eviten estarte invitando cosas que saben que no puedes tomar. Son las cosas que a lo mejor uno piensa que quieres que cambien, ¡pero no cambian!. La gente sigue igual, ni se da cuenta. A veces ni se acuerdan. Realmente

fuera de la casa es muy difícil, presión social y familiar. Dicen, como ni te ves enfermo se me olvida, pues si...es una enfermedad que no se ve”.

Paciente 1: “Tengo un compañero que todos los días lo veo con su coca, le dije, ¡oye!, bájale a la coca, bájale al refresco, este...ve a hacer ejercicio. No lo entiende. Desgraciadamente mientras no lo tengamos no lo entendemos”.

Paciente 6: “Nada más te regañan, te infunden miedo y no te ayudan en nada. Y luego de pilón, ni medicamento hay.

Entonces la gente que no tiene posibilidades de comprarla pues simplemente no se la toma. Y pues las que sí podemos, pues las compramos y seguimos con el cuidado, pero, pues hay mucha gente que no”.

Sabotaje publicitario. Expuesto por los participantes como la disponibilidad de productos que generan tentaciones innecesarias ante un régimen restrictivo que ya tiene sus propias dificultades. Tal como lo expresa el paciente 1: “Es muy apetitosa una hamburguesa que te la venden deliciosa, a una pechuga asada con ensalada ¿no?, o sea, sí tiene mucho que ver la forma en que nos venden las cosas”.

Recomendaciones. Desde la perspectiva de una persona que vive con diabetes, tiene la intención de alertar a las personas sanas o que se encuentran en riesgo de desarrollar diabetes, sobre las dificultades que representa la enfermedad para que tomen acciones preventivas.

Paciente 1: “...que nos enseñen a comer; las mamás tienen que enseñar a comer a los hijos desde decir ¡no!, y no por el hecho de ser malas mamás, simple y sencillamente a la larga

va a poder ser perjudicial para el niño. Es una lucha constante entre -tengo ganas de- pero no puedo”.

Paciente 3: “...que es principalmente lo que te afecta mucho con la diabetes, que tu comida o todo tu tipo de alimentación, pues mejora, pero de cierta manera empeora, ya no puedes tener esa libertad que se tenía antes. Que de inicio es muy complicado, muy difícil, que sí requiere una disciplina muy pesada”.

Paciente 2: “...comentarle pues... realmente darle un panorama de lo que es la enfermedad para que pues la persona empiece a ver esos problemas que ya tiene o que están por venir. Y pues bueno, prevenirlos lo más posible”.

Paciente 6: “...que se informe, que conozca, que lea, que pregunte, que vaya con un buen doctor que le de una buena cátedra de lo que es la diabetes porque yo creo que la desinformación es lo más grave”.

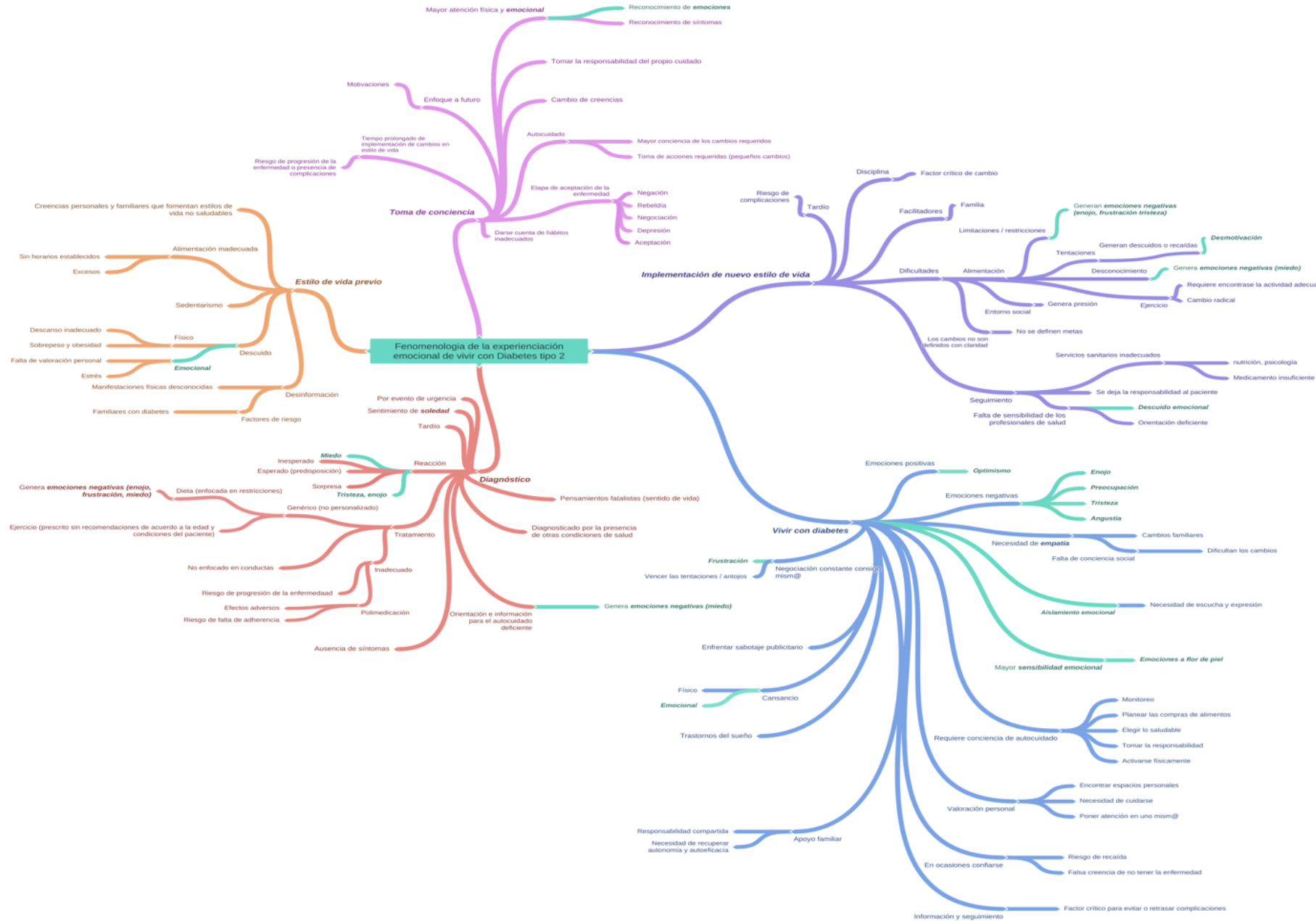
Paciente 7: ”...cuando yo empecé con los dolores muy fuertes...porque eran unos dolores intensos, de todo, todo el cuerpo. No se imaginan lo que es, el dolor, y que bueno que te empieces a cuidar porque yo... es un descuido”.

Paciente 5: “...de cierta manera sabía que tenía que cambiar a otro lugar donde me manejaran correctamente la enfermedad, pero como desidia de decir, bueno pues tampoco suben, pues me sigo quedando”.

Como resultado del análisis, la **Figura 10**, muestra el diagrama fenomenológico resultado de las categorías que se encontraron acerca de la experienciación de vivir con diabetes.

Figura 10

Fenomenología de la experiencia emocional de vivir con Diabetes tipo 2.



Fase IV – Piloto de intervención en educación para la salud socioemocional de pacientes que viven con Diabetes tipo 2.

“Sin la posibilidad del error no existe la satisfacción del acierto”

Virgilio

Objetivo

El objetivo de esta fase fue diseñar y aplicar un piloto de intervención en educación para la salud socioemocional de pacientes con diabetes tipo 2 en el cual se proporcionaron herramientas socioemocionales con la finalidad de que puedan contribuir en un mejor autocuidado y adherencia terapéutica de su tratamiento. Esto implica; 1) Identificar la presencia de emociones (propias y externas) positivas y negativas, así como su intensidad, 2) Describir el contexto de la emoción positiva o negativa y las conductas que éstas generan. 3) Comprender la importancia de la expresión de emociones.

Objetivos específicos

1. Diseñar un piloto de intervención en educación para la salud socioemocional de pacientes con DMT2 en formatos presencial y en línea (a partir de la pandemia).
2. Aplicar antes del piloto de intervención, instrumentos validados para evaluar variables emocionales, de autocuidado y de adherencia terapéutica en pacientes con DMT2.
3. Aplicar después del piloto de intervención, instrumentos validados para evaluar variables emocionales, de autocuidado y de adherencia terapéutica en pacientes con DMT2.

4. Explorar cuál fue el posible impacto de contar con información sobre herramientas socioemocionales sobre las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica de los pacientes con DMT2.
5. Recopilar información cualitativa (técnica línea de vida) y realizar análisis de la narrativa de los pacientes con DMT2 sobre las emociones que han experimentado antes y después de recibir el diagnóstico.

Justificación

Se propone un piloto de intervención en educación para la salud socioemocional que proporcione al paciente con diabetes tipo 2, herramientas socioemocionales que puedan apoyar positivamente sus conductas de autocuidado y adherencia terapéutica con base en: 1) los resultados encontrados en las fases I y II, donde se identificó que la atención de los pacientes con diabetes en la consulta médica no permite incorporar de manera sistematizada la identificación y manejo de las emociones del paciente, 2) la regular o baja adherencia y autocuidado percibido por los profesionales de la salud y los resultados obtenidos sobre el manejo emocional, autocuidado y adherencia terapéutica que realizan de manera cotidiana los pacientes en su vida con diabetes, 3) los resultados obtenidos en la experienciación emocional de los pacientes que viven con diabetes de la fase III.

Adicionalmente, se identifica que los programas de intervención utilizados en los sistemas de Salud Pública para el tratamiento no farmacológico que se revisaron, incluyendo programas de autocuidado de la DMT2 no incluyen dentro de su contenido actividades de educación para la salud socioemocional de los pacientes en el manejo de enfermedades crónicas como la DMT2 (Ver Tabla 7). Garcés (2015, p.36), indica que las intervenciones de autogestión

o de “capacidad para el autocontrol” tienen como objetivo la enseñanza de habilidades necesarias para el manejo de la enfermedad, la utilización de una guía para cambiar el comportamiento de salud y proporcionar apoyo emocional para controlar su enfermedad y promover la independencia. Es así que resulta necesario, por lo tanto, en la intervención con pacientes con diabetes, no sólo identificar problemas psicopatológicos como la depresión y la ansiedad, sino también las emociones negativas originadas por la propia enfermedad (Sagarduy et al., 2011).

Diversas evidencias científicas avalan que una buena autogestión tiene el potencial de reducir el impacto de las enfermedades crónicas. Así pues, podríamos decir que la autogestión se refiere más formalmente como una serie de comportamientos y habilidades necesarias para el cuidado de la enfermedad y que el autocuidado podría considerarse como una función que ocurre más automáticamente.

Piana, et al., (2010, p.57) sustentan que “debido a que los trastornos emocionales están claramente asociados con peores resultados de salud, parece que la regulación emocional es un objetivo clave de atención médica incluso cuando el autocuidado de la diabetes es adecuado”.

El diagnóstico de un trastorno crónico implica un cambio importante en el estilo de vida y en los planes de futuro a corto, medio y largo plazo del paciente, y conlleva implicaciones psicológicas y emocionales. Lamentablemente la rigidez del sistema sanitario y también de algunos de sus profesionales, ocasiona que la comunicación del diagnóstico vaya inmediatamente seguida de las instrucciones sobre las pautas del tratamiento sin darle la oportunidad, el tiempo (Figuerola, 2013, p.611).

Diseño

Se utilizó el siguiente diseño pre experimental de un solo grupo (utilizando la simbología de Campbell y Stanley (1973):

$$O_1 \quad X \quad O_2$$

Para la obtención de información cuantitativa se aplicaron seis instrumentos validados. Para la obtención de información cualitativa se utilizó la técnica línea de vida (Morales & Garrido, 2014) que es una dinámica que utiliza elementos artísticos cuyo objetivo es el autoconocimiento, dando flexibilidad y sencillez en la aplicación ya que no necesita materiales costosos ni instrucciones complejas. Consiste en en una línea gráfica (imaginaria) en la que la persona coloca los eventos más sobresalientes o críticos de su enfermedad.

Hipótesis

La hipótesis central propone que los pacientes con Diabetes tipo 2 que cuentan con conocimientos sobre herramientas socioemocionales, pueden tener un desempeño más eficiente en sus conductas de autocuidado y adherencia terapéutica.

Las hipótesis nula es la siguiente:

H₀. Los pacientes con Diabetes tipo 2 después de recibir conocimientos sobre herramientas socioemocionales, tendrán un desempeño igual o menor a antes de recibir las herramientas socioemocionales.

Variables

La relación de variables así como su definición conceptual se describe en la **Tabla 20**.

Tabla 20

Variables dependientes.

Variable	Definición conceptual
Emociones	Lazarus (1991, Citado por Sagarduy, 2011, p114) define la emoción como “el resultado de un proceso de evaluación cognoscitiva sobre el contexto, los recursos de tratamiento y los posibles resultados de dichos procesos. Como reacciones ante el estado de los objetivos adaptativos cotidianos, que requieren la valoración de lo que está pasando en cada momento”.
Autocuidado	De acuerdo al concepto de autocuidado de Dorothea E. Orem, el autocuidado se define como “Las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud”. Otra definición más reciente sería: “El conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona cualquiera para controlar los factores internos y externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior (Uribe, 1999.p.174)”.
Adherencia terapéutica	Vargas, et al., (2000, p.90) definen a adherencia como un proceso dinámico que se modifica de acuerdo con las necesidades de cada persona. La adherencia al tratamiento es un aspecto integral de la gestión de la enfermedad para pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus.

La variable independiente fue el piloto de intervención en educación para la salud socioemocional.

Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos validados:

1) Instrumento Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24 adaptada), (Fernández-Berrocal y colaboradores 2004) para medir las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas.

2) Cuestionario PANAS (Blanco-Molina, 2014) que mide las emociones de carácter positivo o negativo

3) Instrumento MMAS-8 adaptada (Morisky 2008) para medir adherencia terapéutica al tratamiento;

4) Instrumento DSMQ (Schmitt, 2013) versión en español con el fin de evaluar las actividades de autocuidado asociadas con el control glucémico.

5) Cuestionario de Autoeficacia al tratamiento en diabetes (Arreola et al., 2013), para medir la autoeficacia relacionada con el cuidado de la DMT2 en contextos de tipo educacional y de intervención psicosocial

6) Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID) (Del Castillo, 2010) para identificar las áreas problema en diabetes.

Participantes

Participaron 11 pacientes con diabetes tipo 2 entre 45 y 66 años de edad que vivían en México, que contestaron los instrumentos de la fase II y que de manera voluntaria e informada quisieron participar en el piloto de intervención. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los criterios de inclusión consideraron a personas entre 20 y 79 años de edad que hubieran recibido un diagnóstico de diabetes tipo 2 ≥ 1 año, que vivieran en México, que aceptaran participar de manera voluntaria en el piloto de intervención, que supieran leer y escribir, género y estado civil indistinto. Como criterio de exclusión se determinó que el participante no tuviera un diagnóstico de enfermedades mentales o alexitimia, así como también un diagnóstico de Diabetes tipo 1, Diabetes gestacional o Pre-diabetes.

Los participantes fueron reclutados para asistir al taller “Herramientas sociomocionales para manejar la diabetes” mediante cartel publicado dentro y fuera de las instalaciones de Casa Ernesto Meneses, mediante contacto directo a pacientes del diplomado de Educación en Diabetes de la Universidad Iberoamericana, y a través de correo electrónico enviado a los pacientes que participaron en la fase II para invitación a taller en línea.

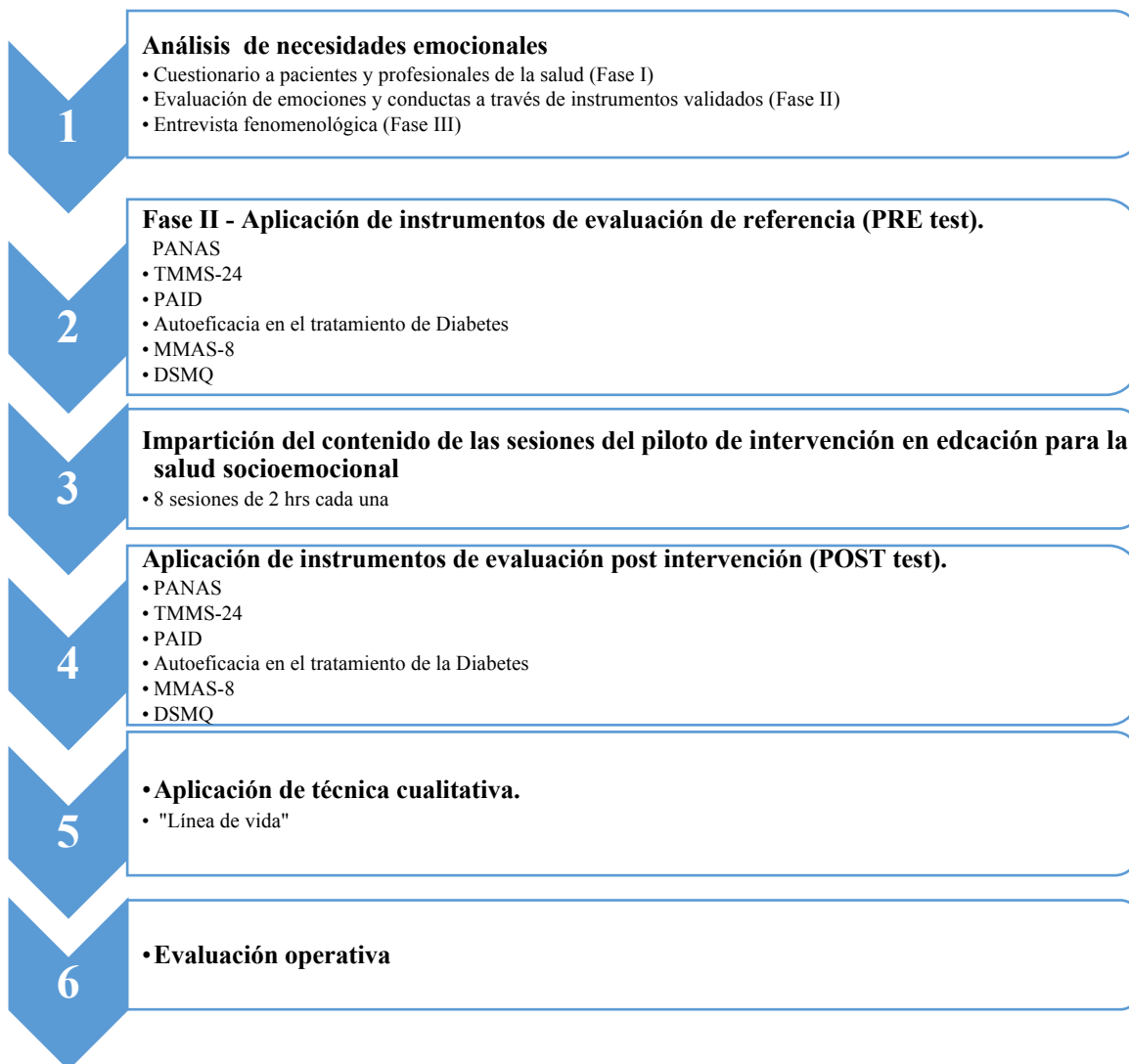
Diseño de la intervención

El piloto de intervención en educación para la salud socioemocional está basado en el modelo andragógico (Valadez et al., 2015, p.126) de modalidad grupal, basado en la teoría del aprendizaje social (Valadez et al., 2015, p.96). La educación en grupo ha demostrado ampliamente su eficacia en diversas situaciones como las relacionadas con la drogadicción, pero

también en enfermedades crónicas como la diabetes. La educación en grupo mejora la calidad de vida de las personas y sus familias (Figuerola, 2013).

Etapas o fases del piloto de Intervención

El piloto de intervención se llevó a cabo en seis etapas, tal como se visualiza en la **Figura 11**: 1) Análisis de necesidades emocionales, 2) Aplicación de instrumentos de evaluación de referencia (PRE test), 3) Impartición del contenido de las sesiones del piloto de intervención en educación para la salud socioemocional, 4) Aplicación de instrumentos de evaluación post intervención (POST test), 5) Aplicación de técnica cualitativa y 6) Evaluación operativa.

Figura 11*Etapas del piloto de intervención.*

El contenido de las sesiones está basado en el modelo revisado de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey (1997) y el modelo pentagonal de competencias emocionales de Bisquerra (2009) incorporando el enfoque de competencias psicosociales de Del Pozo (2013). El piloto contempló 16 horas de instrucción. La **Tabla 21** describe el contenido, componentes y objetivos del piloto de intervención en herramientas socioemocionales.

Tabla 21

Contenido, componentes y objetivos del piloto de intervención.

Contenido	Componente	Objetivos
Conocimiento emocional	Emocional	a) Conocer el concepto de emoción, b) Conocer las emociones básicas, c) Entender la relación entre las emociones, los pensamientos y la conducta.
Competencia emocional	Emocional y psicosocial	a) Expresar sentimientos, actitudes, deseos y opiniones asertivamente.
Competencia psicosocial	Psicosocial	a) Dominar las habilidades sociales básicas, b) Respeto por los demás, c) Practicar la comunicación receptiva, d) Practicar la comunicación expresiva, e) Compartir emociones, f) Comportamiento pro-social y cooperación, g) Asertividad, h) Escucha activa y k) Empatía.
Expresión emocional	Emocional y psicosocial	a) Toma de conciencia de las propias emociones, b) Dar nombre a las emociones, c) Comprensión de las emociones de los demás., d) Identificación del vocabulario emocional, e) Tomar conciencia del estilo de comunicación de las emociones.
Regulación emocional	Emocional	a) Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento, b) Expresión emocional, c) Regulación emocional, d) Competencia para autogenerar emociones positivas.

Aplicación del diseño de intervención

Procedimiento

El piloto de intervención se llevó a cabo en dos modalidades cubriendo el mismo contenido: 1) Presencial en Casa Ernesto Meneses localizada en el corazón del Pueblo de Santa Fe en el poniente de la ciudad de México y en las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México y 2) En línea a través de sesiones vía zoom derivado de la pandemia de COVID-19.

Se informó a los todos los participantes las características del estudio y los procedimientos utilizados para la recogida de datos. Se les proporcionó un consentimiento informado por escrito y en format digital para la modalidad en línea, el cual fue explicado y firmado por el participante y la investigadora. Se utilizó identificación anónima para la información de los expedientes.

La investigación se ajustó a lo estipulado por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación médica y a la Declaración de Helsinki (2013) en cuanto a investigación médica con sujetos humanos.

La investigadora se compromete a preservar la confidencialidad de los datos de cada paciente, ya sea para fines de presentación o publicación.

Durante el piloto de intervención se presentó muerte experimental de 6 participantes, 4 en modalidad presencial y 2 en modalidad en línea y solo 11 participantes completaron todas las sesiones del taller.

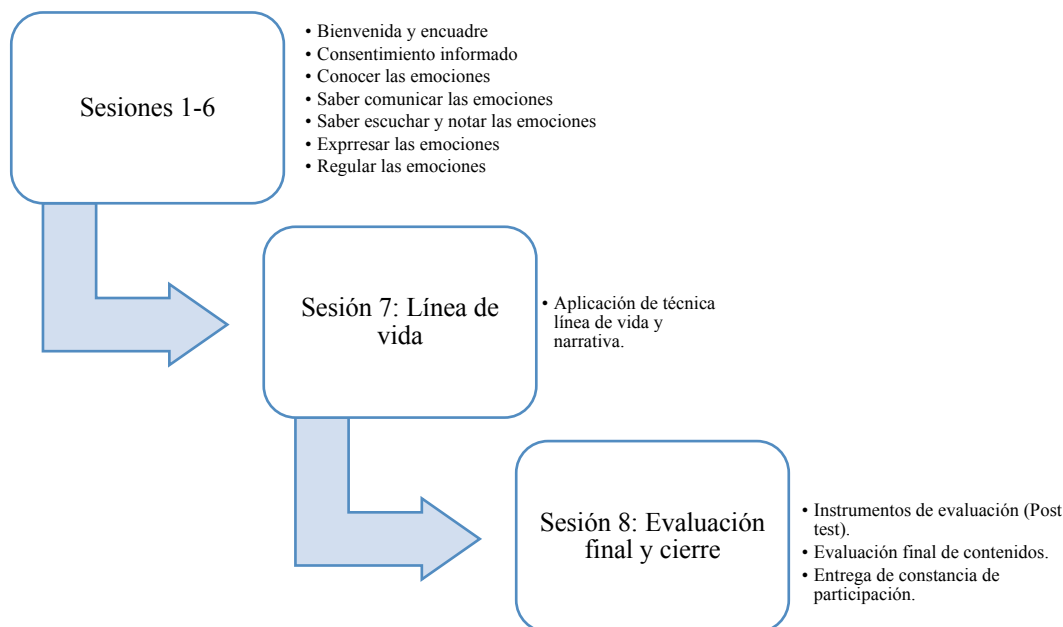
La educadora fue una promotora de desarrollo humano y educadora en diabetes con competencias de enfoque centrado en la persona (congruencia, aceptación positiva incondicional y empatía), así como competencias de escucha activa y psicoeducación.

El piloto se impartió en 4 sesiones de 2 hrs y 2 sesiones de 4 hrs programadas una vez por semana para la modalidad presencial realizada en uno de los salones que proporcionó la Casa Centro Meneses por así convenir a la Institución y en 4 sesiones de 4 hrs para la segunda aplicación presencial en un salón proporcionado por la Dirección de Educación Continua de la Universidad Iberoamericana y también para la modalidad en línea a través de zoom. Para las sesiones (modalidad presencial y en línea) de 4 horas, se programó un tiempo para el consumo de alimentos y se indicó a los participantes que podían llevar una colación para consumirla a mitad de la sesión.

La **Figura 12**, describe las sesiones en función del diseño del piloto de intervención propuesto.

Figura 12

Diagrama de sesiones.



Al inicio de cada sesión se llevó a cabo un ejercicio de *mindfulness* así como ejercicios de gimnasia cerebral para fomentar la atención plena.

Al final de cada sesión se hizo un resumen de los contenidos revisados en la sesión y se indicó la tarea a llevar a cabo durante toda la semana. Las tareas fueron acumulativas de tal manera que se pudieran incorporar en su vida cotidiana y generar mayor autoconocimiento y sentido de reflexión.

Durante la antepenúltima sesión se aplicaron los instrumentos de evaluación (Post test) en formato impreso y digital.

En la última sesión se aplicó la técnica de línea de vida y se solicitó al participante que elaborara una narrativa del diagrama de línea de vida en el cual explicara en sus propias palabras las etapas por las que ha transitado emocionalmente antes y después del diagnóstico diabetes. En la misma sesión se llevaron a cabo las actividades de cierre y evaluación del curso correspondientes y se hizo entrega de un reconocimiento de participación.

Material de apoyo

Como material de apoyo se utilizaron 1) lápices, 2) cuestionarios de auto-aplicación impresos y en formato digital, 3) formatos de recolección de información sociodemográfica impresos y en formato digital 4) hojas de rotafolio, 5) plumines, 6) grabadora, 7) laptop, 8) video proyector y 9) consentimiento informado impreso y en formato digital.

Análisis y recolección de datos

Cada uno de los cuestionarios e instrumentos individuales para las evaluaciones PRE y POST intervención, fueron capturados o importados del formato digital siguiendo la identificación en Excel y posteriormente se creó una base de datos en Excel.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de la información cuantitativa. Asimismo, se utilizó estadística no paramétrica para realizar las correlaciones entre variables de interés con la prueba Rho de Spearman y para realizar la comparación de hipótesis la prueba Wilcoxon.

Para el análisis cualitativo de las narrativas, se identificaron los párrafos con información significativa y en Excel se generó estructura que permitiera llevar a cabo el análisis de contenido

correspondiente mediante codificación abierta en función de la lectura reiterada de la narrativa. Se identificaron las categorías encontradas en la narrativa, se ordenaron y priorizaron las categorías. Se filtró cada categoría para realizar la interpretación correspondiente. Se interpretaron los resultados obtenidos del análisis y se generó informe correspondiente.

Para la evaluación del piloto de intervención en educación para la salud socioemocional se tomaron en cuenta las observaciones de la investigadora registradas durante cada sesión, así como la evaluación final realizada por los participantes y algunas experiencias recuperadas al finalizar las sesiones.

Resultados

Resultados Estadística descriptiva

Se analizó la información de 11 pacientes con diabetes tipo 2 entre 45 y 66 años cuyas características sociodemográficas se describen en la **Tabla 22**. Los estadísticos descriptivos de las variables de interés se describen en la **Tabla 23**.

Tabla 22*Características socio demográficas de la muestra.*

(n=11)					
	n	%			
Género			Edad en años		
Femenino	10	0.91	Media (D.T)	61.82	(6.38)
Masculino	1	0.09	Mediana	65	
Estado Civil			Min	45	
Soltero	1	0.09	Max	66	
Casado	6	0.55			
Divorciado	3	0.27			
Viudo	1	0.09			
Trabaja					
Si	5	0.45			
No	6	0.55			
Nivel educativo			Edad diagnóstico (años)		
Primaria	2	0.18	Media (D.T)	45.36	(10.88)
Secundaria	2	0.18	Mediana	40	
Preparatoria	0	-	Min	35	
Carrera técnica	1	0.09	Max	65	
Licenciatura	5	0.45			
Posgrado	1	0.09			
Tratamiento farmacológico					
Pastillas	6	0.55			
Insulina	2	0.18			
Ambos	3	0.27			
Ninguno	0	-			
Tipo institución			Años enfermedad		
Pública	5	0.45	Media (D.T)	16.45	(13.12)
Privada	5	0.45	Mediana	20	
Sin especificar	1	0.09	Min	0	
Comorbidades			Max	30	
Si	9	0.82			
No	1	0.09			
Sin especificar	1	0.09			

Nota: n = Número de participantes; D.T = Desviación típica; Min = Mínimo; Max = Máximo

Tabla 23

Estadísticos descriptivos de los instrumentos Emociones, Autocuidado, Autoeficacia, Adherencia terapéutica y Malestar emocional..

	Media	D.T	PRE		Media	D.T	POST	
			Min	Max			Min	Max
TMMS-24								
Atención	27.18	8.06	12	40	27.45	8.85	9	40
Claridad	26.09	8.35	13	38	29.82	5.62	20	38
Reparación	28.00	6.15	18	40	31.27	8.03	18	40
PANAS								
Afecto positivo	39.55	6.79	29	50	42.45	6.47	30	49
Afecto negativo	33.18	10.04	14	47	30.91	12.86	11	55
MMAS-8								
Adherencia al tratamiento total	6.16	2.37	0	8	6.11	2.38	0	8
DSMQ								
Glucosa	4.00	3.35	0	8	3.64	2.94	0	6
Dieta	2.06	1.87	0	5	2.18	1.91	0	4.67
Actividad física	1.09	1.13	0	3	1.15	1.16	0	3.33
Servicios de Salud	1.58	1.50	0	4	1.52	1.30	0	3.33
Autocuidado general	0.27	0.65	0	2	0.18	0.40	0	1
Cuestionario de autoeficacia								
Alimentación	2.11	0.52	1	3	2.20	0.48	1.5	3
Actividad física	2.02	0.65	1	3	2.04	0.71	1	3
Medicamentos	2.82	0.31	2	3	2.85	0.31	2	3
Autoeficacia total	2.23	0.38	1.63	2.69	2.28	0.43	1.63	2.75
PAID								
Malestar emocional	34.32	19.23	5	50	31.25	21.54	2.5	56.25

Nota: D.T = Desviación típica; Min = Mínimo; Max = Máximo.

Con relación a los instrumentos utilizados para evaluar las emociones PANAS, TMMS-24 y PAID (malestar emocional) que se aplicaron, la **Tabla 24** describe los valores totales para afecto positivo y negativo por paciente para cada aplicación del instrumento y la **Tabla 25** muestra los valores totales para los factores Atención, Claridad y Reparación del instrumento TMMS-24, Mientras que para el instrumento PAID, los valores totales-sobre una escala de 0 a 100, donde los valores más altos indican mayor malestar emocional se describen en la **Tabla 26**.

Tabla 24

Afecto positivo y negativo por paciente (n=11).

	Afecto positivo		Afecto Negativo	
	PRE	POST	PRE	POST
Paciente 1	34	34	33	33
Paciente 2	39	45	34	38
Paciente 3	41	46	29	15
Paciente 4	43	23	43	23
Paciente 5	36	48	42	26
Paciente 6	29	49	41	47
Paciente 7	44	41	41	27
Paciente 8	50	46	38	34
Paciente 9	39	36	23	31
Paciente 10	31	30	14	11
Paciente 11	49	49	47	55

Tabla 25*TMMS-24 (Atención, claridad y Reparación emocional) por paciente (n=11).*

	PRE			POST		
	Atención emocional	Claridad emocional	Reparación de las emociones	Atención emocional	Claridad emocional	Reparación de las emociones
Paciente 1	Debe mejorar su atención, presta poca atención	Debe mejorar su claridad	Debe mejorar su reparación	Debe mejorar su atención, presta poca atención	Debe mejorar su claridad	Debe mejorar su reparación
Paciente 2	Atención adecuada	Debe mejorar su claridad	Reparación adecuada	Atención adecuada	Claridad adecuada	Reparación adecuada
Paciente 3	Atención adecuada	Excelente claridad	Reparación adecuada	Debe mejorar su atención, presta poca atención	Claridad adecuada	Excelente reparación
Paciente 4	Atención adecuada	Claridad adecuada	Excelente reparación	Atención adecuada	Claridad adecuada	Excelente reparación
Paciente 5	Atención adecuada	Debe mejorar su claridad	Reparación adecuada	Atención adecuada	Excelente claridad	Excelente reparación
Paciente 6	Atención adecuada	Debe mejorar su claridad	Reparación adecuada	Debe mejorar su atención, presta demasiada atención	Excelente claridad	Excelente reparación
Paciente 7	Atención adecuada	Claridad adecuada	Reparación adecuada	Atención adecuada	Claridad adecuada	Reparación adecuada
Paciente 8	Atención adecuada	Debe mejorar su claridad	Reparación adecuada	Atención adecuada	Claridad adecuada	Excelente reparación
Paciente 9	Debe mejorar su atención, presta demasiada atención	Debe mejorar su claridad	Reparación adecuada	Atención adecuada	Claridad adecuada	Debe mejorar su reparación
Paciente 10	Debe mejorar su atención, presta poca atención	Debe mejorar su claridad	Reparación adecuada	Debe mejorar su atención, presta poca atención	Claridad adecuada	Debe mejorar su reparación
Paciente 11	Debe mejorar su atención, presta demasiada atención	Excelente claridad	Excelente reparación	Atención adecuada	Claridad adecuada	Excelente reparación

Tabla 26

Malestar emocional por paciente (n=11).

	PRE	POST
Paciente 1	62.5	62.5
Paciente 2	43.75	40
Paciente 3	50	56.25
Paciente 4	30	30
Paciente 5	27.5	10
Paciente 6	50	12.5
Paciente 7	43.75	20
Paciente 8	45	45
Paciente 9	7.5	2.5
Paciente 10	5	10
Paciente 11	12.5	55

Para la evaluación de Autocuidado (DSMQ), se describe el valor total obtenido para los factores Manejo de glucosa, Control dietético, Actividad física, Uso sanitario y Total (**Tabla 27**). Mientras que para la evaluación de Adherencia terapéutica (MMAS-8), considerado un valor igual a 8 como adherente y menor a 8 no adherente se describen en la **Tabla 28**.

Finalmente, para la evaluación de Autoeficacia, en la **Tabla 29**, se describen los valores totales obtenidos para cada aplicación del instrumento en los factores Alimentación, Actividad física, Medicamentos y Total.

Tabla 27*Autocuidado por paciente (n=7).*

	PRE					POST				
	Manejo de glucosa	Control diético	Actividad física	Uso sanitario	Total	Manejo de glucosa	Control diético	Actividad física	Uso sanitario	Total
Paciente 2	8	4	2	4	0	6	4	2	2	0
Paciente 6	6	2	0	2	0	6	2	1	2	1
Paciente 7	7	5	3	2	1	6	5	2	2	0
Paciente 8	8	4	2	4	0	6	4	2	2	0
Paciente 9	5	4	1	2	2	4	3	2	3	1
Paciente 10	5	2	2	1	0	6	4	3	3	0
Paciente 11	6	2	1	2	0	6	2	1	2	0

Nota: Para 4 pacientes no se cuenta con la información completa por lo que se elimina del análisis.

Tabla 28

Adherencia terapéutica por paciente (n=10).

	PRE	POST
Paciente 1	3.75	3.8
Paciente 2	8	7
Paciente 3	7	8
Paciente 4	6.5	6.5
Paciente 5	7	7
Paciente 6	7	7
Paciente 7	7.75	7.8
Paciente 8	8	8
Paciente 9	5.75	5.3
Paciente 11	7	7

Nota: Para el paciente 10 no se cuenta con la información completa por lo que se elimina del análisis.

Tabla 29*Autoeficacia por paciente (n=11).*

	PRE				POST			
	Alimentación	Actividad física	Medicamento	Total	Alimentación	Actividad física	Medicamento	Total
Paciente 1	2	1	3	2	2	1	3	2
Paciente 2	2	3	3	2	2	3	3	3
Paciente 3	1	1	3	2	2	1	3	2
Paciente 4	2	2	3	2	2	2	3	2
Paciente 5	2	2	3	2	3	3	3	3
Paciente 6	3	2	3	2	3	2	3	3
Paciente 7	2	3	3	2	2	3	3	2
Paciente 8	2	3	3	2	2	3	3	2
Paciente 9	2	1	2	2	2	1	2	2
Paciente 10	3	2	3	3	3	2	3	3
Paciente 11	3	2	3	3	2	1	3	2

Resultados estadística no paramétrica

Tabla 30

Correlación Rho Spearman PRE y POST Intervención.

	PRE				POST			
	Edad	Edad diagnóstico	Años enfermedad	Emociones negativas	Edad	Edad diagnóstico	Años enfermedad	Emociones negativas
Emociones positivas	0.39	-0.34	0.40		0.39	-0.63	0.74 *	
Emociones negativas	-0.13	-0.65	0.54 *		-0.13	-0.60	0.53	
TMMS_Atención	0.52	-0.18	0.41	0.28	0.52	-0.58	0.65 *	0.73 *
TMMS_Claridad	0.00	-0.01	0.03	0.13	-0.01	-0.34	0.38	0.11
TMMS_Reparación	0.21	-0.32	0.46	0.35	0.49	-0.62	0.74 *	0.37
Autoeficacia	-0.10	-0.39	0.38	0.36	-0.24	-0.28	0.29	-0.07
Malestar emocional	0.25	-0.36	0.22	0.19	0.43	-0.43	0.31	0.26
Adherencia terapéutica	0.33	-0.67	0.70 *	0.60 *	0.43	-0.67	0.69 *	0.21
Autocuidado total	0.15	0.53	0.00	0.20	0.36	0.41	0.20	0.48

Nota: $\alpha = 0.05$

Después de estimar las correlaciones correspondientes entre las variables de interés para las evaluaciones realizadas PRE y POST intervención, en la **Tabla 30**, se identifica que para la evaluación PRE intervención, existe un patrón de correlación directa significativa entre Emociones negativas y Años de enfermedad (0.54). Asimismo, se observa una correlación directa significativa entre Adherencia terapéutica y Años de enfermedad (0.70) y también correlación directa significativa entre Adherencia terapéutica y Emociones negativas (0.60.) En contraste con lo encontrado en las correlaciones estimadas para la evaluación POST intervención, donde se observa mayor número de correlaciones significativas. De acuerdo con lo descrito en la misma tabla, se observa un patrón de correlación directa significativa entre las variables Emociones positivas y Años de enfermedad (0.74). Asimismo una correlación directa significativa entre TMMS_Atención y Años de enfermedad (0.65), también se visualiza un patrón de correlación directa significativa para las variables TMMS_Reparación y Años de enfermedad (0.74) y de igual manera se encuentra correlación directa significativa entre el Adherencia terapéutica y Años de enfermedad (0.69) y finalmente una correlación directa significativa entre TMMS_Atención y Emociones negativas (0.73).

La información fue recolectada en dos momentos mediante los instrumentos validados que contienen las variables de interés: 1) Antes de comenzar la intervención (PRE) y pasado un mes (4 sesiones semanales) se recolectó la información del POST. Para probar la hipótesis se utilizó la prueba Wilcoxon cuyos resultados se reportan a continuación en la **Tabla 31**.

Tabla 31

Comparación de hipótesis (con prueba Wilcoxon).

	MEDIANA		W
	PRE	POST	
TMMS-24			
Atención	27	29	22
Claridad	25	30	8 *
Reparación	27	35	11
PANAS			
Afecto positivo	39	45	10 *
Afecto negativo	34	31	17
MMAS-8			
Adherencia al tratamiento total	7	7	3 *
DSMQ (Autocuidado)			
Glucosa	5	6	3 *
Dieta	2	2	1 *
Actividad física	1	1	2 *
Servicios de Salud	2	2	3 *
Autocuidado general	0	0	1 *
Cuestionario de autoeficacia			
Alimentación	2	2	8 *
Actividad física	2.2	2.2	18
Medicamentos	3	2	0 *
Autoeficacia total	2.4	2.4	6 *
PAID			
Malestar emocional	44	30	14

Nota: W = estadístico Wilcoxon (utiliza la mediana como indicador), $\alpha = 0.05$, $n = 11$, Valor crítico = 11.

Con base en la prueba Wilcoxon se observa que para el instrumento TMMS-24 solo el factor claridad es estadísticamente significativo (8). Para el instrumento PANAS, el Afecto positivo es estadísticamente significativo (10), lo cual refleja que hubo un aumento en las emociones positivas, y por ende una disminución de las emociones negativas. Respecto al instrumento MMAS-8 que evalúa el grado de adherencia terapéutica, también se obtuvo un valor estadísticamente significativo (3). En el instrumento DSMQ que mide el nivel de autocuidado en 4 factores y de manera general, en todos los factores incluyendo el general se obtuvieron resultados estadísticamente significativos; Glucosa (3), Dieta (1), Actividad física (2), Servicios de Salud (3) y Autocuidado general (1). Y finalmente con relación al instrumento que mide el nivel de autoeficacia percibida en 3 factores y la autoeficacia total, se observa que sólo el factor de Actividad física no fue estadísticamente significativo, resultando estadísticamente significativos; Alimentación (8), Medicamentos (0) y Autoeficacia total (6).

Resultados línea de vida

Con base en el análisis de contenido realizado a las narrativas resultado de las líneas de vida que elaboraron individualmente los participantes, se obtuvieron las siguientes categorías (**Tabla 32**) y hallazgos que complementa la información obtenida en los instrumentos cuantitativos en los que se evaluaron las emociones, el autocuidado, la autoeficacia y la adherencia terapéutica.

Tabla 32

Categorías del análisis de contenido a narrativas de línea de vida.

Categoría	Definición de análisis
Apego	El apego es la relación afectiva más íntima, profunda e importante que establecemos los seres humanos. Este apego afectivo se caracteriza por ser una relación que es duradera en el tiempo, suele ser estable, relativamente consistente, y es permanente durante la mayor parte de la vida de una persona.
Sentirse querido	Sentirnos queridos y aceptados es algo que los seres humanos necesitan y contribuye al bienestar físico y emocional.
Sentirse valorado	<p>Cuando una persona se siente valorada, aprende a confiar, a aceptarse y a amarse, porque se concibe como un ser bueno, bello, verdadero y valioso en si mismo. La familia, por sus lazos naturales, favorece el desarrollo de lo irreplicable en la persona, de su intimidad</p> <p>Una persona valiosa tiene equilibrio emocional, temple y fortaleza interna, y sabe encontrar las formas de aplicarlas para su elevación y crecimiento, y lo mismo con los demás. Se sabe comunicar asertivamente.</p>
Aprendizaje	El aprendizaje es el proceso a través del cual se adquieren habilidades, conocimientos, conductas y valores. Esto como resultado del estudio, la experiencia, la instrucción, el razonamiento y la observación.
Cambio	Se entiende el cambio como una dinámica propia de los individuos, fruto de complejos procesos de autorrealización, de trauma, o de mutación y resistencia a la misma. Esto es, el cambio es comprendido psicológicamente como un proceso adaptativo de la mente humana.
Estilo de vida	El estilo de vida se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y las condiciones de vida en que las personas integran el mundo que les rodea y que incluye

	hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, modos de relaciones sociales, sexualidad, vida relacional y de familia y mecanismos de afrontamiento.
Complicaciones	Las personas con diabetes, ya sea de tipo 1 o tipo 2, son propensos a tener complicaciones como resultado del nivel de glucosa elevado. Sin embargo, dado que la diabetes tipo 2 puede estar presente durante algún tiempo antes de que pueda diagnosticarse, las complicaciones de la diabetes tipo 2 pueden ser más graves o estar más avanzadas cuando se diagnostica la enfermedad.
Conciencia de autocuidado	El autocuidado es reconocer que cada persona es responsable de su propio bienestar, y que, dicho bienestar, también se extiende a la familia y la comunidad. Luego de reconocerlo, sigue el tomar acciones y medidas para responder a las necesidades que protegen la salud mental, física y emocional.
Conciencia emocional	La capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás, incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado (Bisquerra, 2009)
Conciencia social	La capacidad que tenemos los seres humanos para percibir, reconocer y comprender los problemas y las necesidades que tienen las personas de nuestra comunidad, entidad, grupo social o tribu.
Recibir apoyo	<p>Apoyo familiar: hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos.</p> <p>Apoyo social: es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).</p>
Sentirse oprimido	La opresión es el acto de oprimir, sofocar, presionar, someter, ya sea a una persona, a una actitud o a una comunidad. La opresión también puede ser el uso de la violencia para

	demostrar la autoridad, los actos de tiranía, y es un término bastante asociado a los países, a los gobiernos, a la sociedad, etc.
Sentirse libre	La libertad, no solo es un derecho que reclama independencia y autonomía, una capacidad que empodera al ser humano para tomar decisiones, expresar opiniones o realizar aspiraciones, un valor que asigna licencia para actuar o no, según criterio y voluntad, sino que también es un estado en el que la persona se siente libre de coacción y/o sometimiento por parte del otro.
Violencia familiar	Es un fenómeno social que ocurre en casi todos los países del mundo y se define como el uso intencionado y repetido de la fuerza física o psicológica para controlar, manipular o atentar en contra de algún integrante de la familia. Esta violencia puede manifestarse también como abuso psicológico, sexual o económico y se da entre personas relacionadas afectivamente dentro del hogar.
Situaciones familiares	Los problemas familiares se refieren a los conflictos que van más allá de la pareja, tales como los enfrentamientos con los hijos, entre los hijos o con los abuelos o familia política.
Etapas de duelo	Aunque el duelo se asocia inmediatamente a la muerte, las pérdidas pueden ser muy diversas: rupturas de pareja, cambios de domicilio, cambios de estatus profesional, procesos de enfermedad o de merma funcional, entre otros. (Elisabeth Kübler-Ross 5 etapas: 1) Negación, 2) Ira, 3) Negociación, 4) Depresión y 5) Aceptación.
Emociones positivas	Las emociones positivas son aquellas que producen una experiencia emocional agradable. Podemos hablar por ejemplo de: Alegría. Cuando tenemos un éxito o un resultado positivo.
Emociones negativas	Las emociones negativas son aquellas que producen malestar psicológico o desagrado. Las más estudiadas y las más conocidas son el miedo, la ira, la tristeza o la ansiedad.
Pandemia	Condición de confinamiento que limita el contacto con la sociedad y la familia.

Apego, Sentirse querido y Sentirse valorado

Se observa que el estilo de apego puede jugar un papel fundamental en el equilibrio emocional necesario para llevar a cabo las conductas de autocuidado que requieren los pacientes con diabetes tipo 2, dado que se puede esperar la aceptación o el cariño de otro como motivación para el cuidado físico y emocional.

Paciente 7: "...pero, por otro lado, me sentía muy sola, triste, deprimida porque no sentía que mi pareja me apoyara, respetara y valorara".

Paciente 6: "Después de mi dedicación de 20 años y sacar adelante a sus 3 hijos y mis hijos eso no le importó".

Aprendizaje

Los estilos de vida y habilidades de autocuidado aprendido en etapas tempranas pueden anticipar los posibles factores de riesgo que se presentarán en etapas posteriores. Antes del diagnóstico de diabetes, algunos participantes ya tenían conocimiento de la enfermedad o tenían conocimiento de que presentaban factores de riesgo o diagnóstico de prediabetes. Una vez diagnosticados, se han ocupado de informarse sobre los cuidados necesarios, técnicas de automonitoreo y tratamiento. Después del diagnóstico han asistido a cursos o pláticas sobre diabetes incluyendo el taller de intervención en el cual participaron.

Paciente 8: "Sabía que era prediabético".

Paciente 4: "El llevar estos cursos son enseñanzas y oportunidad de llevar una enfermedad más placentera y controlada".

Cambio y Estilo de vida

Los cambios repentinos que se presentan en la vida, representan una amenaza en la estabilidad de las personas, asimismo un sentimiento de pérdida, tal como fue recibir el diagnóstico de diabetes, que implicó un proceso de cambio inesperado que requirió hacer ajustes en su estilo de vida casi de manera inmediata en beneficio de su salud futura.

Paciente 4: “Es difícil de un día para otro cambiar la rutina de una vida anterior”.

Paciente 8: “No hacía ejercicio. Comía de todo, sin horarios, sin restricciones”.

Paciente 1: “Sentía que ya no tenía nada que hacer”.

Conciencia de autocuidado y Complicaciones

Después del diagnóstico, han realizado cambios en su estilo de vida y han emprendido nuevas conductas de autocuidado para mejorar su estado de salud tales como: apoyarse en un profesional de la nutrición para llevar una dieta adecuada, realizar actividades manuales como la jardinería con intenciones terapéuticas, llevar una bitácora de alimentación, implementación de horarios de alimentación, realizar ejercicio, automonitoreo más frecuente, control de peso corporal. A partir del piloto de intervención, los participantes refieren cuidar más su dieta y sus medicamentos, responsabilizarse más de su enfermedad.

Paciente 4: “Han pasado 26 años que me fue detectada y ahorita hasta el momento si ha habido cambios y el deterioro en mi persona”

Paciente 1: “28 años después, asisto a mis consultas cada mes, cuido mi persona, alimentación. Camino, tengo sueños, ilusiones, miedos, fe”.

Conciencia emocional

A partir del piloto de intervención, dan mayor importancia y atención al reconocimiento de emociones propias y de otros.

Paciente 9: “Manejar mis emociones ya que eso altera la glucosa”

Paciente 3: “Me da alegría, tristeza, confianza, miedo, ira (cuando no me salen las cosas como quiero), sorpresa en fin una variedad de sentimientos”.

Paciente 8: “Me preocupa la parte emocional y como hablar de sentimientos con mi esposa”.

Conciencia social y Recibir apoyo

Se observa un alto grado de conciencia social expresado en el cuidado y dedicación que han tenido los participantes con sus seres queridos, en algunos casos esto representó responsabilizarse del cuidado de otros con un sentimiento de carga y en otros como una compensación que conlleva un sentimiento de logro por ayudar a otros en su crecimiento y recibir apoyo cuando ellos lo han necesitado.

Paciente 3: “Siento que el ocuparme de hacer labor social me hace sentir plena, realizada enamorada de la vida”.

Paciente 6: “Me quedé en casa cuidando a mis tres hijos. "Me sentía prisionera".

Paciente 4: "...pero con la ayuda de mi familia cambié mis hábitos de comida".

Sentirse oprimido, sentirse libre y violencia familiar

Se observa que la presencia de ambientes familiares autoritarios en los que se ejerce violencia familiar o emocional que conlleva a un sentimiento de opresión, puede afectar la autoeficacia y autoestima de las personas y afectar las conductas de autocuidado, siendo el sentimiento de libertad ante esos escenarios lo que se convierte en un factor protector que beneficie las conductas de autocuidado.

Paciente 6: "En el trabajo me encontré a mi esposo, fue un noviazgo violento, pero yo no me di cuenta".

Paciente 1: "Maltrato por abuela materna. Mala la señora".

Paciente 6: "Fue una época muy feliz, no sentía el **"yugo"** de la niñez, pero lo aproveché para sentirme bien y contenta".

Paciente 5: "La preparatoria fue una etapa de desahogo, pues me sentí libre y feliz de poder hacer lo que quería sin el **"yugo"** de mis padres me fui de pinta varias veces".

Situaciones familiares

La familia como ente protector desde una perspectiva psicosocial, tiene la función de favorecer un ambiente de crecimiento saludable (física y emocionalmente), y juega un papel muy importante en el establecimiento de condiciones óptimas para el bienestar de sus integrantes, es

así que la educación socioemocional finca los pilares para desarrollar estrategias de afrontamiento saludable y toma de decisiones adecuadas ante posibles problemáticas futuras.

Paciente 1: “A los 19 años tuve a mi primer hijo, el segundo a los 21”.

Paciente 4: “A los 22 años me caso y tengo a mi primera hija”.

Paciente 5: “Mi hija se fue de la casa, mis emociones fueron, depresión, angustia, preocupación, nostalgia”.

Paciente 7: “Me casé después de mucho de estar con problemas y pleitos con mi entonces prometido”.

Etapas de duelo

El sentimiento de pérdida ante la presencia de una enfermedad crónica como la diabetes, conlleva a un proceso de duelo que si bien no es lineal, se identificó en los participantes del piloto de intervención siendo la etapa de depresión la más presente implicando a su vez un descuido en las conductas de autocuidado, seguido de la etapa de negación, que de la misma forma ante la negativa se tiende a no llevar a cabo conductas de autocuidado y continuar con el antiguo estilo de vida, lo cual puede tener como consecuencias la progresión de la enfermedad y la posible presencia de complicaciones tempranas.

Paciente 4: “Me deprimó, ¡sí!, la vida cambia, donde me dicen - no comas esto-, - no tomes esto- o no puedes comer esto”.

Paciente 7: “Esto duró alrededor de dos años, donde en el último año, sufrí de una depresión bastante fuerte, y en el último año, la ansiedad me llevó a perder el sueño”.

Paciente 6: “Al diagnóstico de DM no le tomé mucha importancia”.

Paciente 5 “...me deprimí y engordé mucho”.

Paciente 9: “No lo acepte, tuve coraje y miedo, tuve que trabajar conmigo, tomaba pastillas y me las cambiaron a la insulina”.

Emociones positivas

Las emociones positivas tales como el orgullo, la gratitud, la generosidad, la esperanza y la felicidad se encuentran en la narrativa como fuente de motivación para tomar una actitud positiva ante la enfermedad y como herramienta empoderadora para enfrentarla con un sentido más positivo.

Emociones negativas

En la narrativa se identifica principalmente la tristeza y el miedo por lo que pueda presentarse en el futuro a nivel de complicaciones. Asimismo, impotencia, frustración y desesperanza derivado de los esfuerzos realizados y la carga emocional que esto implica sin obtener los resultados esperados.

Paciente 4: “a veces triste porque se que esta enfermedad aun cuando se lleve un buen control a lo largo va deteriorando cada día mis órganos”.

Paciente 1: “Cuando me diagnosticaron diabética, fue un cambio total en mi vida. Sentí coraje, miedo, tristeza”.

La emoción negativa de “desilusión” se presenta en varios participantes vinculada a relaciones de pareja (matrimonio).

Paciente 2: “creía que yo iba a ser feliz para siempre pero no fue así empezaron los problemas que siempre hay en los matrimonios”.

Paciente 5: “Infidelidad de mi esposo (hija), sentimiento de culpa, resentimiento, ira, enojo, me deprimí mucho”

Paciente 7: “Algunos meses después de la boda, las cosas no son como yo pensaba”.

Pandemia

La pandemia de COVID-19 ha tenido implicaciones en las conductas de autocuidado de los participantes, dado que las condiciones de encierro han limitado la posibilidad de llevarlas a cabo de manera continuada, lo cual representa un factor de riesgo para el control metabólico de los participantes.

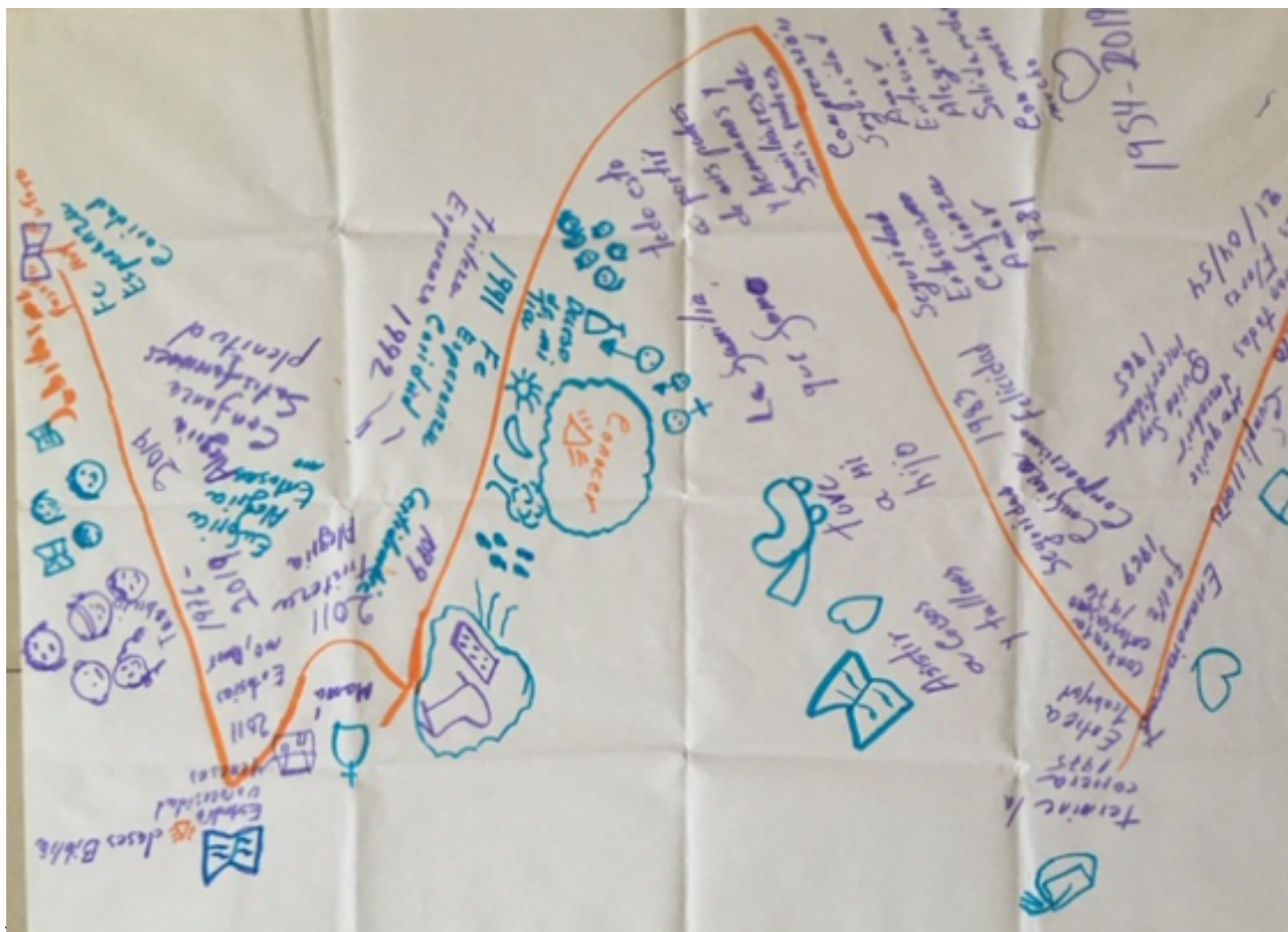
Paciente 7: “También me preocupa el no estarme alimentando del todo bien y espero pronto me pueda revisar el médico. En este momento, aunque estoy con niveles estables, me siento un poco inquieta porque desde que empezó la pandemia, no he tenido cita médica, ni análisis”.

Paciente 8: “La pandemia vino a complicar todo”.

La **Figura 13** representa la línea de vida de la experiencia de vivir con diabetes de un participante a manera de ejemplo.

Figura 13

Ejemplo de línea de vida de la experiencia de vivir con diabetes de un participante.



Nota: En este ejemplo se puede observar la secuencia de acontecimientos y la connotación emocional que ha tenido para la persona, lo cual le ayuda a expresar con mayor libertad las emociones relacionadas con los período de vida que fueron explorados por el participante.

Resultados de la Evaluación operativa del piloto de intervención en educación para la salud socioemocional

Contenidos y actividades

Para las competencias psicosociales tales como Asertividad, se requiere implementar una evaluación previa a la intervención y una posterior para poder identificar los cambios.

Para la modalidad en línea, resultó de gran utilidad para los participantes y para el educador contar con un material impreso para el desarrollo y registro de las tareas asignadas. De tal manera que sería conveniente entregar material impreso o digital con el formato de tareas para cada sesión, con la finalidad de conservar la homogeneidad de los formatos y estandarizar la información a reportar con relación a los descubrimientos personales de la experiencia del paciente.

El formato de las sesiones se recomienda ajustarlo de acuerdo con las facilidades que proporcione cada modalidad.

La combinación de actividades individuales, en pares y grupales ayudó a promover la reflexión en distintos niveles de profundidad y alcance.

Durante la intervención

Se observó colaboración activa de los participantes y mayor apertura conforme avanzaron las sesiones.

Los participantes aprovecharon el espacio para resolver otras dudas relacionadas con la enfermedad que no habían sido respondidas por su médico tratante. Asimismo, algunos consideraron el espacio como un medio seguro para expresar sus problemáticas que promovió en otros participantes un sentido de solidaridad y contención emocional. Se observa la necesidad de ser escuchados.

En una de las actividades relacionada con la identificación de emociones en otros, pone de manifiesto que el participante se encuentra en proceso de desarrollo de la habilidad de percepción y expresión de emociones y que le ayudó a tomar conciencia de las emociones en las que los participante se han visto identificados ya que realizaron observaciones respecto a como se podría sentir la persona de la fotografía en sus propias palabras lo cual ayudó a etiquetar y externar sus emociones de manera más espontánea integrando lo aprendido.

Observaciones educador

La participación fue en su mayoría de mujeres.

Iniciar cada sesión con un ejercicio de Mindfulness, ayudó a que los participantes estuvieran más atentos.

Durante los primeros minutos de cada sesión, los participantes cada vez fluían mejor con la práctica de mindfulness y compartían su experiencia de bienestar de manera espontánea.

Principalmente para los participantes que asistieron a todas las sesiones se observó mayor cohesión, apoyo y contención mutua.

Se observó que el tiempo programado para el consumo de alimentos en la modalidad presencial, permitió mayor integración de los participantes donde aprovecharon para responder sus dudas respecto a la alimentación, así como también para compartir sus experiencias con relación al tratamiento.

En relación con las tareas para casa, al momento de compartir algunas experiencias se generó un espacio en el que otros participantes podrían externar las situaciones de las que se daban cuenta y que no eran perceptibles con anterioridad.

Sería conveniente modificar el formato de las sesiones de acuerdo con la modalidad, respecto al tiempo de cada sesión para incorporar el tiempo de consumo de alimentos para que los participantes cuenten con un espacio dedicado a convivir, compartir experiencia y aprendizaje.

Se considera la factibilidad de agregar un par de sesiones donde se hable de la Diabetes y de los 7 comportamientos de autocuidado ya que se observó que los participantes no tenían conocimiento extenso de la enfermedad ni de los 7 comportamientos de autocuidado.

Se considera conveniente antes de iniciar la intervención que también se evaluara la etapa de cambio y la etapa de duelo en las que se encuentra el participante.

Se observó mayor asistencia en la intervención que se impartió en formato en línea.

Fue de utilidad para los participantes que cuenten con al menos dos opciones de horario en el que podrían inscribirse por la flexibilidad que esto ofrece y por la facilidad para el instructor para armar los grupos.

También fue de utilidad que junto con el envío de la convocatoria del taller al que se inscribieron, se adjuntara un manual para el registro y pasos para establecer conexión a la sesión de zoom, así como también un correo a manera de recordatorio cada sesión con la información del taller. Asimismo, se encontraron grandes beneficios de recuperar la experiencia de los participantes enviando una liga en la cual plasmaron su experiencia de cada sesión.

Evaluación de las sesiones

Con base a la información obtenida de la liga de Recuperación de experiencia de la sesión que se envió a los participantes al concluir cada sesión y que se realizó de forma anónima, en la **Tabla 33** se describe la experiencia que tuvieron los participantes en las sesiones.

Tabla 33

Recuperación de experiencia de las sesiones.

¿Cómo me quedo?	¿De qué me doy cuenta?	¿Qué agradezco?	¿Qué podría cambiar?	¿A qué me comprometo?
La experiencia de poder entender que otras personas tienen la misma situación que yo con la enfermedad	Que no estoy sola en este y cuando necesite un apoyo se donde acudir y con quien	Agradezco a la vida ponermelas en mi camino se que puedo acudir a ellas, agradezco a la vida por estar aquí con mi familia	El que debo de dejar fluir muchas cosas para yo estar mejor	A cambiar algunos comportamientos para mejorar mi vida, ya no preocuparme por cosas que no tienen solución
Me quedo muy reflexiva, pensando en como fue mi vida antes del diagnóstico y darme cuenta qué fue lo que me llevó a vivir con diabetes. Dispuesta a trabajar en mis emociones para poder tener una mejor calidad de vida.	De que las emociones son muy importantes y tienen grandes repercusiones en nuestro cuerpo, en nuestra salud física y mental.	Agradezco poder tener la oportunidad de adquirir o reforzar estas herramientas para lograr tener un mejor bienestar y salud.	Mi manera de reaccionar ante algunas emociones, que no me gustan, pero que no puedo quitarlas de mi vida. Quiero cambiar mi manera de reaccionar a las emociones fuertes que no me gustan.	A poner mas atención en mis emociones y la reacción que tengo ante ellas y tratar de tener una mejor reacción para mi bienestar y una mejor convivencia con los demás.
Muy bien	Necesitamos más información sobre el tema	Las ayudas que ofrecen y la preocupación hacia sus pacientes	nada	Tomar en cuenta todos los consejos y ser constante con las clases, y las emociones
Muy contenta porque se que puedo tener una mejor calidad de vida aprendiendo a autorregularme	De que todos los días, todo el día tenemos diferentes emociones y está en mi regular dichas emociones, reconocerlas y cambiar mi forma de reaccionar ante ellas para tener bienestar y no afectar mi salud	Agradezco haber podido participar en este taller, aprender y reafirmar elementos para mi bienestar y el haber podido compartir mis experiencias y escuchar las de mis compañeros, aprendí de ellos y me identifiqué con algunas cosas que expresaron.	Definitivamente lo que quiero cambiar, es el no hacer siempre lo que me piden los demás, pasando por encima de mis necesidades, mis obligaciones, mi bienestar, solo por el miedo del que dirán, si se van a enojar o por sentir culpa por no haber hecho algo que me pidió alguien más.	A realizar los ejercicios aprendidos para autorregularme, tomarme tiempo para mi, a realizar los ejercicios de emociones que pueda realizar diariamente a seguir llevando a cabo los ejercicios que se aprendieron para lograr mi bienestar
Muy contenta y emocionada	De que casi no me doy tiempo para mi y que este curso me ayudará a hacerlo al realizar las tareas, ejercicios y al estar en la sesión	Que por medio de este taller, me ayuden a tener una introspección y darme cuenta de las emociones que manejo día a día y ver como me manejo con todas ellas	La manera en que manejo algunas emociones	A asistir a todas las sesiones, realizar todas mis tareas y ejercicios y sobre todo a llevar a cabo las acciones necesarias para poder mejorar el manejo de mis emociones
Muy contenta y muy dispuesta a practicar en la vida diaria lo aprendido en la sesión	De que es importante darme cuenta como reacciona mi cuerpo con cada una de mis emociones y cuando me perjudica de forma negativa, hacer algo para quitar ese malestar. De la importancia de saber decir NO	Agradezco el que con estas sesiones recuerde lo importante que es estar pendiente de mis emociones y como reacciono ante ellas.	Tengo muchas cosas que cambiar de mi como por ejemplo, no dejar que algunas de las emociones negativas me afecten en el cuerpo y en la mente. Algo que me urge cambiar es el saber decir no, sin sentir culpa	A día con día practicar la comunicación efectiva y a observar mis emociones y las reacciones ante ellas, tratando de cada día poder encaminar mejor mis reacciones y autorregularme.
Muy informativa e interesante	de la poca importancia que solemos darle a nuestros sentimientos y emociones	que estén dando este tipo de talleres para apoyarnos	nada	a poner en practica lo que vimos en el taller
Muy interesante	De que hay mucha información que no sabia y que es necesario saber	la disposición con la que nos dan la información	nada	a realizar las actividades que nos pusieron
Muy interesante y nutritiva	Necesitamos más información sobre nuestras emociones y como manejar la diabetes	por el apoyo y la disponibilidad hacia personas como nosotros	Nada	a llevar a cabo lo que aprendí y lo que explicaron
tranquilo, motivado por conocer algo nuevo que me beneficiara	que es necesario identificar mis emociones y que son solo eso, emociones	encontrar respuesta a algo que me venia cuestionando	la manera en que reacciono ante mis emociones	a poner todo mi entusiasmo en el taller

Evaluación final

Dentro de los motivos que los llevaron a aceptar participar en la intervención se mencionan, Adquirir nuevas habilidades y actitudes, interés personal y mejorar sus conocimientos. Así como para saber transmitir sus emociones.

Asimismo, señalan haber recibido información suficiente sobre las emociones, técnicas para identificarlas, entender el impacto que éstas tiene en su salud y que esta información contribuye a su crecimiento emocional y autoconocimiento en general.

Señalan que el educador tuvo alta capacidad para motivar y propiciar la reflexión sobre el grupo, así como capacidad de escucha.

Respecto a los contenidos, ejercicios y tareas; expresan que fueron claros y de fácil aplicación práctica. Con relación al tipo de modalidad en la que se llevó a cabo la intervención, se observa que se percibe mayor apoyo del educador al momento de realizar la tarea en la modalidad presencial que en línea. Lo cual lleva a buscar estrategias digitales que permitan que el participante pueda compartir el desarrollo de su actividad, así como sus dudas de tal manera que puedan ser clarificadas oportunamente.

Los participantes mencionan que recomendarían el taller, ya que:

“Ayuda a conocerse uno mismo, a manejar emociones y sentimientos”.

“Es algo que nos ayuda a aceptar que vivimos con diabetes y a manejar nuestras emociones”.

La intervención (taller) lo califican como útil, fácil, que se disfruta, coherente, satisfactorio, claro, muy importante, amplio, relevante, profundo, activo, informativo y práctico, interesante, formal y estimulante.

Conclusiones y Discusión

Conclusiones

Vivir con diabetes es parte de un proceso que inicia desde el momento del diagnóstico y no se refiere solo al momento actual en que vive el paciente. Es por eso que se habla de la experienciación de vivir con diabetes pues esto implica tomar en cuenta lo que el paciente siente desde el cuerpo, los pensamientos y las emociones en este momento. Asimismo, vivir con diabetes: 1) es un proceso de negociación constante, 2) saca a flote pensamientos fatalistas que atentan contra su sentido de vida, 3) no sentirse comprendido ante su vulnerabilidad emocional y la dificultad que representa hacer tantos cambios en el estilo de vida y 4) implica asumir la responsabilidad de alertar a otros desde una perspectiva de prevención. Sin embargo, se está dejando de lado que vivir con diabetes es una experiencia que puede ocurrirle a cualquier individuo sin considerar su nivel académico, económico o cultural. No se ha trabajado en establecer las condiciones mínimas necesarias para que personas con menos posibilidades puedan acceder a un servicio de salud y una calidad de vida en igualdad de circunstancias.

Resulta necesaria la formación de profesionales de la salud en lo correspondiente a las siete conductas de autocuidado recomendadas por la AADE, que están orientadas a prevenir riesgos a mediano y largo plazo. Se observa carencia de conocimiento, ya que los médicos principalmente, sólo se enfocan en alimentación, ejercicio y tratamiento farmacológico. Asimismo, se requiere formación profesional sobre el manejo de emociones para el control de la diabetes tipo 2 en la consulta. También se observa que el monitoreo de glucosa es una conducta de autocuidado de gran importancia para el control metabólico y no se realiza con regularidad en las consultas de seguimiento, ni se indica como parte del tratamiento a los pacientes. Es necesario

que los profesionales de la salud pongan énfasis en la importancia de que los pacientes conozcan sus niveles de glucosa como parte de sus conductas de autocuidado para que incrementen su autoconocimiento. Aunado a esto, la frecuencia de los descuidos alimenticios requiere atención del paciente para que pueda prever estrategias en situaciones sociales donde se ha dado cuenta que consume alimentos que no le benefician en su control de la diabetes, ya que esto implicará realizar ajustes en su tratamiento de alimentación y ejercicio o intensificar el tratamiento farmacológico que pudieran desmotivarlo. El paciente requiere aprender a implementar las estrategias de resolución de problemas para enfrentar las situaciones relacionadas con la alimentación fuera de su entorno familiar cercano.

Asimismo, derivado de la falta de equipo multidisciplinario que apoye la atención integral, se requiere capacitación de los profesionales de la salud para el establecimiento de planes de alimentación y ejercicio individualizados para revisarlos con el paciente y asegurar su cumplimiento en función de sus posibilidades y gustos. La prescripción del ejercicio debe ser individualizada. Las dificultades para incorporar el ejercicio como parte del nuevo estilo de vida se asocian directamente con los hábitos adquiridos en el estilo de vida previo. Es aquí que resulta imprescindible que en la familia se fomente el ejercicio físico como factor protector de enfermedades. También se requiere mayor conciencia de los familiares para que no tengan disponibles alimentos que no pueden ser consumidos por personas con diabetes. Y por parte de los pacientes, se requiere desarrollar mayor asertividad para expresar claramente el tipo de apoyo que requieren. Se pone en consideración el rol que pueden jugar los familiares con diabetes, ya que si tiene una capacitación adecuada, puedan fungir como educadores enfocados en la prevención a nivel familiar. Este conocimiento podría aprovecharse para realizar un entrenamiento cruzado y disminuir la curva de aprendizaje de los integrantes de la familia. En

relación con el apoyo familiar, sería conveniente fomentar la autoeficacia y la confianza del paciente, para generar responsabilidad de su propio cuidado y evitar que en el futuro éste dependa de otros. En este sentido, desde una perspectiva psicosocial, la familia juega un papel como ente protector en el establecimiento de condiciones óptimas para el bienestar de sus integrantes.

Considerando que la adecuada adherencia terapéutica en pacientes con DMT2 es fundamental para lograr los objetivos terapéuticos y prevenir o retrasar la presencia de complicaciones, es necesario tener en cuenta que para que esta meta se cumpla debe existir la colaboración del profesional de salud y del paciente para establecer acuerdos respecto a las conductas esperadas a nivel individual. En pacientes con enfermedades crónicas, se requiere una atención centrada en el paciente. Esto es, no se tiene un enfoque de educación constante durante la consulta, sigue siendo un enfoque conservador sin considerar las necesidades y propuestas del paciente que es quien tiene que llevar a cabo los cambios requeridos. Asimismo, se observa que no se establecen metas, lo cual complica el seguimiento tanto para el paciente como para el profesional de la salud.

Con base en la narrativa de los pacientes, es necesario que los profesionales de la salud hagan modificaciones en su lenguaje cuando solicitan cambios al paciente respecto a los ajustes necesarios, o cuando lo retroalimentan sobre sus resultados, dado que el paciente puede sentir que se encuentra dentro de una espiral negativa que significa un retroceso y llevarlo a pensar y sentir que necesita comenzar de nuevo con el riesgo de que el paciente decida renunciar al régimen porque al parecer todos sus esfuerzos son en vano. Se hace notar en la narrativa de los pacientes que valoran la sensibilidad y empatía del profesional de la salud para hacer los ajustes necesarios a su tratamiento. El profesional de la salud requiere generar conciencia de que

implementar un nuevo estilo de vida, no se resuelve con regaños y generando miedo en el paciente, sino que se requiere de habilidades de motivación. Asimismo, se identifica que las consultas de seguimiento tales como estudios de laboratorio y de referencia con otro especialista son muy espaciadas o no se concretan, lo que genera el riesgo de que una complicación se presente de manera anticipada por falta de seguimiento oportuno. Asimismo, esto puede generar desmotivación en el paciente con el riesgo de que opte por no continuar con el seguimiento mediante un profesional de la salud y hacerlo de manera autónoma.

También se observa la necesidad de capacitar y generar conciencia en los profesionales de la salud respecto a las emociones (no patológicas) y la forma de evaluarlas o regularlas, ya que se tiene el entendido que evaluarlas corresponde a emplear una escala de depresión o ansiedad o realizar un ejercicio de meditación. Asimismo se requiere generar conciencia en los pacientes respecto a las emociones. Una hipótesis formulada por los mismos pacientes supone una asociación entre las emociones negativas y descontrol metabólico, esto es, cuando tienen emociones como “enojo”, “ira” o “estrés” suben sus niveles de azúcar en la sangre o se altera la glucosa según sus propias palabras. Se asocia la desinformación con la presencia de emociones negativas como el miedo. Los profesionales de la salud requieren proporcionar información adecuada y oportuna para que el paciente tenga claridad de las acciones que debe seguir para su autocuidado. En este sentido, la información clara y oportuna que proporcionen los profesionales de la salud a sus pacientes, se convierte en un factor de cambio para mejorar la adherencia terapéutica y las conductas de autocuidado. En el mismo sentido, contar con información clara, específica y oportuna, así como un nivel adecuado de autoconocimiento se establecen como elementos fundamentales para que el paciente tome las riendas de su autocuidado.

Con relación al seguimiento necesario para enfermedades crónicas como la DMT2, se observa que debido al escaso tiempo que tiene el profesional de la salud durante la consulta, el protocolo de diagnóstico sólo se realiza en función de las pruebas de glucosa y se omite dar seguimiento a otros marcadores metabólicos que requieren seguimiento para prevenir complicaciones incluyendo la atención emocional del paciente. El medicamento juega un papel fundamental para el control de la glucosa, sin embargo, también puede convertirse en una dificultad respecto a la adherencia terapéutica cuando se prescriben varios medicamentos (polimedicación) aunado a la presencia de emociones negativas como el miedo por los efectos adversos. De nueva cuenta se resalta la importancia de que los profesionales de la salud deben proporcionar información completa que posibilite al paciente a cumplir con el tratamiento de manera eficiente. Por otra parte, la falta de medicamento en las instituciones de salud pública conlleva al riesgo de incremento de complicaciones en la población con diabetes, principalmente en la población con mayor rezago social.

La OMS (2003), afirma que la falta de herramientas comportamentales que ayuden a los pacientes a desarrollar comportamientos adaptativos saludables o para modificar los problemáticos genera una barrera para la adherencia terapéutica vinculada al sistema y equipo de salud. Sin embargo, se observa que también la falta de herramientas socioemocionales que ayuden a los pacientes a desarrollar estados emocionales adaptativos saludables para tomar decisiones óptimas para el manejo de su enfermedad, se convierte en una barrera de la adherencia terapéutica vinculada al paciente. Respecto a las observaciones encontradas sobre la aplicación del piloto de intervención en educación para la salud socioemocional de pacientes con DMT2, se observa la necesidad de implementar actividades para la educación socioemocional como parte del tratamiento integral de las enfermedades crónicas como la diabetes en los

programas de educación existentes dentro del sector público y privado, ya que proveer al paciente de herramientas para el manejo de las emociones no patológicas tales como ira, miedo y tristeza, se fomentara un mayor autoconocimiento de su vida con diabetes, teniendo en cuenta que las emociones negativas no desaparecerán, seguirán presentes al ser emociones cotidianas, por eso la necesidad de un mayor conocimiento para un manejo adecuado. Es así que las emociones negativas (no patológicas) como la ira(enojo), miedo y tristeza al ser cotidianas, pueden influir en las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica de los pacientes con DMT2. Sin embargo, la tarea individual requiere centrarse en fomentar y reconocer las emociones positivas como factor protector.

Finalmente se observa que la pandemia de COVID-19 para los pacientes con DMT2 tuvo implicaciones en sus conductas de autocuidado y representó preocupación constante ante la imposibilidad de dar seguimiento a su enfermedad dado que por un período prolongado no pudieron asistir a sus consultas médicas. Asimismo, complicó su régimen alimenticio por las limitaciones de acceso a los productos durante las fases más críticas de la pandemia.

Discusión

El presente estudio exploró cómo las emociones negativas (ira, miedo y tristeza) pueden influir sobre las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica al vivir con diabetes tipo 2. Distintos estudios desarrollados en las fases correspondientes dieron respuesta a las preguntas de investigación planteadas. Se encontró que en la fase diagnóstica la forma como se lleva a cabo la evaluación física y emocional del paciente durante la consulta, el tiempo promedio (28 minutos) es un impedimento para realizar una revisión integral que incluya la evaluación emocional y que permita dar seguimiento óptimo al caso. Sin embargo, el tiempo promedio de consulta en los servicios de salud pública es de 15 minutos y los profesionales de la salud emplean un enfoque centrado en el control, cuando lo que se requiere para atender enfermedades crónicas como la diabetes es un enfoque centrado en el paciente con educación constante que no puede ser transferido al paciente, sino que forma parte de un trabajo colaborativo entre ambas partes. Estos resultados concordan con los observados en otros estudios (López Portillo, et al., 2007; OMS, 1998; Figuerola, 2013, Zuñiga, 2013). Mientras que el tiempo promedio de consulta de los educadores en diabetes es de 48 minutos, que hace pensar que se tiene tiempo suficiente para la evaluación integral, los sistemas de salud presentan limitaciones respecto al equipo multidisciplinario disponible. De manera individual no todos los pacientes tienen acceso y posibilidades de contar con el apoyo de un educador en diabetes externo debido a los costos adicionales que representan, lo cual también se convierte en un impedimento para tener acceso a una evaluación integral.

Los profesionales de la salud tienen una percepción subjetiva respecto al regular autocuidado y adherencia de los pacientes. La adherencia no solo implica fármacos, sino que

depende de la complejidad del tratamiento, así como de la colaboración activa del paciente teniendo en cuenta su opinión y experiencia para tomar decisiones sobre las formas de cuidado, lo que coincide con lo obtenido en otras investigaciones (Paterson, 2001; King et al.; Golay et al., 2008; Ortiz, 2007). Adicionalmente se advierte la necesidad de implementar indicadores basados en evidencia científica que les permitan dar un seguimiento objetivo sobre el autocuidado y adherencia terapéutica de los pacientes.

Tanto los profesionales como los pacientes afirman que las emociones influyen en el autocuidado y adherencia al tratamiento. La mayoría de los profesionales refiere que evalúan las emociones durante la consulta a través el diálogo breve, pero no se realizan preguntas específicas que ayuden al paciente a identificar cuál es su estado emocional. Este resultado coincide con lo expuesto por Figuerola (2013). Sin embargo, la mayoría de los pacientes expone que sus emociones no son evaluadas durante la consulta ni se les ha remitido con profesionales de la salud mental. Asimismo, indican que no han recibido ninguna información relacionada con las emociones ni cómo manejarlas.

La mayoría de los educadores en diabetes enfocan su evaluación en los aspectos nutricionales y conductas de autocuidado, mientras que la mayoría de los médicos enfoca su evaluación en aspectos clínicos y metabólicos, así como adherencia al tratamiento farmacológico y presencia de complicaciones tal como se ha encontrado en otros estudios (González y Pisano, 2014; OMS). Este enfoque actual pone de manifiesto, la omisión de la recomendación de la AADE (2014) respecto a los siete comportamientos de autocuidado que se requieren en el manejo integral de la enfermedad para la reducción de riesgo de complicaciones principalmente en los médicos.

Dentro de los programas revisados que tienen como objetivo la educación para el manejo de la diabetes como es el caso de DiabetIMSS, SSA, el programa MIDE y el programa del INNSZ, se pudo observar que no cuentan con actividades de educación para la salud socioemocional pese a que en su esquema de atención sí consideran la atención psicológica. Si bien los programas de educación socioemocional han tenido mayor relevancia en ambientes educativos, su aplicación puede extenderse a ambientes de salud, en concordancia con lo que expone Bisquerra (2007). Para el caso de DiabetIMSS el modelo implementado lleva mucho tiempo y debido a la alta demanda la cual requiere ser considerada tomando como referencia la pandemia de COVID que representó mayor mortalidad a causa de la presencia de diabetes, el modelo debe ajustarse para responder al cambio epidemiológico en concordancia con lo que reportaron (Torres et al., 2015; Zuñiga, 2013).

Los profesionales de la salud perciben en los pacientes emociones negativas tales como miedo, angustia, tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión, asociadas a los cambios radicales en su estilo de vida y las limitantes que esto conlleva. Mientras que los pacientes expresan haber recibido el diagnóstico, acompañado de las siguientes emociones negativas: miedo, tristeza, resignación, confusión, incertidumbre, angustia o depresión. Asimismo, reportan sorpresa o preocupación. Se puede deducir un efecto de pérdida mediante la emoción de tristeza; sensación de peligro o inseguridad a través de la emoción de miedo o la indicación de que se presentó algo nuevo que merece la pena poner atención mediante la sorpresa.

También perciben poca conciencia y falta de cuidado por desconocimiento. El desconocimiento al que hacen referencia se presenta como resultado de la insuficiente información y capacitación para el cuidado que le es proporcionado al paciente para el manejo de

la enfermedad y de la creencia que los medicamentos son la base para éste. Estos resultados coinciden con otros estudios (Achury, 2007; Figuerola, 2013). Derivado del poco tiempo disponible en la consulta, la falta de información y orientación generan en el paciente emociones negativas como el miedo por no saber qué es lo que se debe hacer, lo cual dificulta las conductas de autocuidado. Asimismo, se presenta una barrera para la adherencia terapéutica al desconocer los efectos adversos de ciertos medicamentos y optar por abandonar el tratamiento debido a las incomodidades presentadas (OMS, 2003; De Vries et al., 1998).

La información que las personas tienen acerca de los factores de riesgo para desarrollar diabetes antes del diagnóstico, se convierte en un elemento esencial para que se tome conciencia y acciones sobre los factores modificables en su estilo de vida. De lo encontrado en la narrativa, aunque tenían conocimiento de que familiares en primera línea habían sido diagnosticados con DMT2 sabiendo que por factores genéticos como ellos lo expresan podrían desarrollar la enfermedad, aún así no realizaron cambio alguno y cuando reciben el diagnóstico parecían ya estar “predispuestos” o “resignados” a que eso sucedería tarde o temprano, cuando esto no es una regla.

La ausencia de síntomas aunado al desconocimiento de la enfermedad, se convierten en un factor de riesgo para la incidencia, así como para el autocuidado y la adherencia terapéutica, ya que los pacientes refieren presentar descuidos en su tratamiento debido a que al sentirse bien, tienden a confiarse u olvidarse de que tienen la enfermedad. Este resultado coincide con lo expuesto por otros autores (Reynoso y Becerra, 2014; Adriansel et al., 2005).

A partir de haber recibido el diagnóstico de diabetes algunos pacientes lo ven como una oportunidad para poner atención en sus propias necesidades y no solo centrarse en las

necesidades de los demás pues esto provocó falta de autocuidado físico y emocional lo cual coincide con lo planteado por Pineda et al. (2004).

Con referencia a las variables que fueron evaluadas en la fase diagnóstica sobre una muestra de 42 pacientes; el afecto positivo se autoreportó con mayor presencia que el negativo en ambos sexos. Para las conductas de autocuidado los resultados indican que para los factores de Glucosa y Dieta, la mayoría de los participantes autoreporta un autocuidado regular. Mientras que para el factor de Actividad física y Servicios de Salud reportan autocuidado deficiente y para el autocuidado general lo autoreportan también como deficiente. A diferencia de los resultados obtenidos en adherencia terapéutica que para ambos sexos se autoreportó baja adherencia al tratamiento, siendo más notable en las mujeres. Respecto a la comprensión de los estados emocionales que se mide en el factor TMMS_claridad, los resultados reportan que la mayoría de los pacientes debe mejorar su claridad emocional. Los participantes se perciben más capaces en la conducta de medicación y regularmente eficaces en las conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física, mientras que en la evaluación de autoeficacia total, se reportan regularmente capaces en ambos sexos. Y, respecto al malestar emocional, en general autoreportaron bajo malestar emocional. Estos resultados se refuerzan y se explican con lo encontrado en las narrativas de los pacientes.

Dados los resultados respecto a las conductas de autocuidado relacionadas con la alimentación y ejercicio que conllevan mayor dificultad para su implementación en el estilo de vida requerido para un buen control metabólico de acuerdo con lo expresado por los pacientes, es muy importante considerar las condiciones físicas del paciente para la prescripción de ejercicio ya que sólo se indica hacer ejercicio pero no se indaga o se da seguimiento sobre éstas, para

asegurar que el paciente no tenga otros riesgos por llevar a cabo el ejercicio inadecuado. Es importante una prescripción de dieta y ejercicio con base en el gusto y la posibilidad para fomentar el disfrute e incrementar la adherencia.

Los resultados obtenidos de las narrativas de los pacientes en la fase diagnóstica, indican que las emociones no eran tomadas en cuenta ni por ellos mismos, y mucho menos por los profesionales de la salud. En una consulta promedio de 20 minutos resulta insuficiente para atender las emociones, y la remisión con el psicólogo, considerando la alta demanda y la falta de profesionales disponibles en los servicios de salud pública, no se programa. Lo que indica que, debido a estas razones, el tema emocional en la consulta queda desatendida e ignorada.

En torno a las emociones negativas que se encuentran presentes con mayor frecuencia en los pacientes con DMT2 a partir del diagnóstico, en la narrativa se identificaron: **tristeza**, preocupación, ansiedad, **enojo (ira)**, incertidumbre, desesperación, angustia, depresión, **miedo**, tensión, culpabilidad, nerviosismo, irritación, disgusto y desilusión como un factor de riesgo para las conductas de autocuidado, siendo las emociones de **tristeza**, preocupación y frustración concordante con lo encontrado por Sagarduy et al., (2011). De igual forma se encontró que el sentimiento de "libertad" se asocia como factor protector en las conductas de autocuidado, autoeficacia y autoestima saludable, en contraste con el sentimiento de "opresión" que representa un factor de riesgo.

Las condiciones para llevar a cabo un control adecuado del régimen alimenticio requerido para mantener un buen control glucémico dependen de la disciplina y la percepción de autoeficacia que reportan los pacientes quienes se autoreportan como regularmente eficaces para implementar cambios en la alimentación. Este es uno de los cambios que genera mayor dificultad

en los pacientes y puede llevar mucho tiempo lograrlo debido a la falta de orientación o desconocimiento para llevar una dieta correcta. Asimismo, experimentan emociones negativas por no saber qué pueden comer, por las restricciones y por la impotencia de tener que resistir ante los antojos. Sin embargo, al comparar los resultados POST intervención, se observa que respecto a las conductas de Autocuidado y Autoeficacia específicamente para el factor "Alimentación" se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, lo que refuerza la observación respecto a que las emociones negativas influyen en las conductas de autocuidado según Sagarduy et al., (2011) y Pineda et al., (2004).

En la narrativa se identifica que los pacientes se han dado cuenta que las creencias personales y familiares han influido en sus descuidos y falta de adherencia al tratamiento, lo que es coincidente con lo anteriormente reportado (Skinner et al., 2002; Villalobos y colaboradores, 2009; Montañez, 2005; Del Castillo, 2010; Alfonso, 2004; Jiménez, 2002).

El estilo de alimentación previo al diagnóstico relacionado con el consumo de dietas no saludables, sin restricción en porciones, desequilibrada en su distribución, sin horarios preestablecidos y sin variedad; se considera como factor de riesgo para el desarrollo de diabetes, lo que está ligado directamente con el tipo de información deficiente en términos de patrones de alimentación saludable que tiene la población en general y que concuerda con lo expresado por Agudelo-Botero y Dávila-Cervantes (2015).

El entorno que circunda a los pacientes con DMT2 y a la población en general corresponde a un entorno lleno de mensajes publicitarios disponibles en diferentes formatos (TV, radio, espectaculares, internet, etc.) que incitan al consumo de alimentos no saludables que fomentan un ambiente cada vez más obesogénico y que pone día a día en riesgo a un mayor

número de población en México y en el mundo para desarrollar obesidad y diabetes. El nivel de conciencia social respecto a la problemática de la diabetes no se ha cuestionado respecto al esfuerzo que su atención requiere en todos los ámbitos, sanitario, familiar, social e individual. Es evidente que se requiere mayor conciencia social para disminuir los factores de riesgo externos, pues llevar un régimen complejo para su manejo no es solo cuestión de voluntad.

De acuerdo con los resultados totales obtenidos mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman sobre una muestra de 42 pacientes a manera de diagnóstico, respecto al malestar emocional (que se define como el grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con DMT2 experimenta) medido a través del instrumento PAID, se observó un patrón de correlación indirecta significativa entre el Malestar emocional y la edad de diagnóstico (-3.38) y resulta coincidente con lo reportado por Figuerola (2013), quien afirma que la edad del individuo en el momento del diagnóstico condiciona buena parte de la respuesta emocional inicial. En contraste con la correlación directa significativa entre el Malestar emocional y las Emociones negativas (2.53). Con relación a los años de enfermedad, se obtuvo correlación directa significativa entre las Emociones negativas y Años de enfermedad (2.05), así como también entre TMMS_Reparación y Años de enfermedad (2.59).

En las correlaciones analizadas con la prueba no paramétrica Rho de Spearman PRE y POST intervención con una muestra de 11 pacientes, se obtuvo una correlación directa significativa entre la Adherencia terapéutica y las Emociones negativas (0.60), lo cual coincide con los resultados reportados por Prado et al. (2014) que puede expresarse en omisión a la adherencia terapéutica y decisiones de no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria; provocada por temor o ansiedad que paralizan al paciente ante tanto control.

Asimismo, se encontró una correlación directa significativa entre las Emociones negativas y los Años de enfermedad (0.54) y una correlación directa significativa entre la Adherencia terapéutica y los Años de enfermedad (0.70). Lo que explica como los años de enfermedad conllevan a emociones negativas y éstas tienen influencia sobre la adherencia terapéutica. Asimismo, se observa un patrón de correlación directa significativa entre TMMS_Atención (que indica que el paciente es capaz de sentir y expresar los sentimientos de manera adecuada) y las Emociones negativas (0.73). De igual forma, se encontró una correlación directa significativa entre TMMS_Atención y Años de enfermedad (0.65) y un patrón de correlación directa significativa entre TMMS_Reparación (que indica que el paciente es capaz de regular sus estados emocionales correctamente) y Años de enfermedad (0.74). Esto refuerza el rechazo a la hipótesis nula respecto a que contar con herramientas socioemocionales que le permitan al paciente tomar conciencia y control de sus propias emociones, lo posibilita en el manejo adecuado y así mejorar los resultados en sus conductas de autocuidado y adherencia terapéutica, considerando que también existe una correlación directa significativa entre el Adherencia terapéutica y los Años de enfermedad (0.69).

Con relación a las emociones positivas, éstas son consideradas como un factor protector en el desarrollo de la enfermedad según lo reportado por Richman et al., (2005) así como también sobre las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica. Al respecto se identificaron tanto en la narrativa como en los resultados obtenidos de los instrumentos validados, emociones positivas enfocadas al sentido de vida como el orgullo, la gratitud, la generosidad, y la felicidad; emociones positivas enfocadas a la acción; como la disposición, el interés, el ánimo y la inspiración; y enfocadas al futuro como el optimismo y la esperanza. Siendo estas dos últimas consideradas por Sagarduy et al., (2011) como elemento clave a tener en

cuenta para mejorar el seguimiento de la conducta de autocuidado vinculada con el ejercicio físico.

Sin embargo, se encontró que emociones positivas como la alegría en entornos sociales, pueden provocar descuidos e influir negativamente en las conductas de autocuidado específicamente Alimentación. Este hecho enfatiza lo importante que es el autoconocimiento emocional para saber como autoregular esta emoción.

Para las emociones en general, de acuerdo con la narrativa de los pacientes se supone el desarrollo de mayor “sensibilidad emocional” a partir del diagnóstico, esto es, se perciben emocionalmente más sensibles a los eventos cotidianos que antes del diagnóstico no lo habían notado ni ellos ni sus familiares, en concordancia con Lazarus (2009). Es así que los cambios repentinos que se presentan en la vida representan una amenaza en la estabilidad emocional de las personas, así como un sentimiento de pérdida.

Con base en los resultados obtenidos de las correlaciones analizadas POST intervención mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman, se observa un patrón de correlación directa significativa entre las Emociones positivas y los Años de enfermedad (0.74).

Como resultado de la comparación de hipótesis (realizada a través de la prueba no paramétrica de Wilcoxon) sobre la intervención educativa para la salud socioemocional que se llevó a cabo, se encontró que el afecto positivo es estadísticamente significativo (10); en conjunto con resultados estadísticamente significativos en todos los factores de autocuidado (Glucosa, Dieta, Actividad física, Servicios de salud y Autocuidado general), resultados estadísticamente significativos en Adherencia terapéutica y estadísticamente significativos en

los factores de Alimentación, Medicamentos y Autoeficacia total. Asimismo se obtuvo que TMMS_claridad (que indica que el paciente comprende bien sus estados emocionales) también es estadísticamente significativo (8). Lo que indica que se rechaza la hipótesis nula considerando que contar con conocimientos sobre herramientas socioemocionales resultado de la intervención sí puede representar tener un desempeño más eficiente en las conductas de autocuidado y adherencia terapéutica de los pacientes que viven con DMT2. La narrativa del paciente responde a los resultados obtenidos para el factor TMMS_claridad, Emociones positivas y factores de autocuidado respectivamente.

Como producto del piloto de intervención, se observa de manera notable en los resultados de los instrumentos analizados por paciente: 1) que el afecto negativo disminuyó en la mayoría de los participantes, 2) se nota mejora en la claridad emocional, 3) se reporta menor malestar emocional, y 4) en general se perciben más autoeficaces. Las medias obtenidas en la evaluación de los instrumentos POST intervención también se notan ligeramente incrementadas.

El nivel de autoconocimiento emocional juega un papel primordial en la estrategia que el paciente puede llevar a cabo, pues es a partir de lo que se sabe capaz de hacer y del resultado de sus experiencias previas que puede tomar decisiones y establecer planes de acción que conlleven a mejorar su estilo de vida. Como parte de los resultados obtenidos en distintas fases del estudio y mediante distintas técnicas de evaluación o recogida de datos, se puede observar que los pacientes tienen desconocimiento en relación a la enfermedad, así como en el conocimiento y manejo de sus propias emociones, que son expresadas mediante un vocabulario emocional muy escaso y de manera genérica.

Para la implementación efectiva de las conductas de autocuidado se requiere contar con las condiciones óptimas físicas y emocionales. En la narrativa se hace notar que el “cansancio” o “fatiga” así como los “trastornos del sueño” derivados de la presencia de diabetes, puede afectar las emociones, así como también las conductas de autocuidado; esta observación coincide con Lyubomirsky (2011). Asimismo, ante la falta de claridad sobre el estado emocional en que el paciente se encuentra, y ante la búsqueda de una recompensa inmediata, se puede caer en el consumo de alimentos “comida emocional” para saciar esa inquietud.

Con relación al piloto de intervención en educación para la salud socioemocional que se implementó, se observó que tanto la técnica de línea de vida como la autoescritura asociada a esta actividad, facilitó en los participantes la expresión emocional y la reflexión tal como lo exponen en la recuperación de experiencia de las sesiones. Estos resultados tienen coincidencias con lo expresado por otros autores (Piana, et al., 2010; Foucault, 1983). Y estimuló el descubrimiento de emociones que incrementan su autoconocimiento, coincidiendo con Figuerola (2013).

Recomendaciones prácticas

Profesionales de la salud

Con relación a la evaluación que realizan los profesionales de la salud durante la consulta, sería conveniente que los profesionales de la salud en general utilizaran instrumentos validados para evaluar aspectos psicológicos y emocionales.

Sobre lo que se suele enseñar al paciente durante la consulta, sería conveniente que los médicos tuvieran mayor conocimiento de las 7 conductas de autocuidado que requieren los pacientes que viven con diabetes para reducir riesgos o al menos referirlos a programas de Educación en Diabetes para atender sus necesidades de manera individualizada. Para los profesionales de la salud en general sería conveniente que instruyeran al paciente (principalmente a los recién diagnosticados) sobre las técnicas de monitoreo adecuadas así como de administración y cuidado de insulina en pacientes que la utilizan.

En cuanto a cómo considera que el paciente experimenta la enfermedad, sería conveniente que se implementara un protocolo para el diagnóstico y notificación de la presencia de diabetes considerando aspectos psicológicos y emocionales ya que se nota poca sensibilidad de los profesionales de la salud.

En el campo de las habilidades desarrolladas en el paciente durante la consulta, sería ideal que se establecieran pautas para instaurar rutinas de ejercicio en espacios cerrados con base en las comorbilidades asociadas a la diabetes como la HTA. Asimismo, se recomienda implementar como parte de la consulta, estrategias de manejo emocional o de relajación. Así como el monitoreo en cada consulta del estado emocional del paciente. Se requiere sistematizar

la forma como se desarrollan las habilidades de Autoconocimiento, Autocuidado, Autoeficacia y Adherencia mediante instrumentos validados.

Con respecto a cómo evalúan las emociones durante la consulta, se recomienda integrar la evaluación de emociones en ésta. Los educadores en diabetes al tener una formación integral para el manejo de la enfermedad a través de las conductas de autocuidado necesitarían evaluar las emociones en la consulta y una tercera parte de los educadores encuestados no las evalúa.

Referente a lo que hacen los profesionales de la salud para manejar las emociones de sus pacientes, se recomienda desarrollar y medir la empatía en los profesionales de la salud, así como la compasión.

Pacientes con diabetes tipo 2

Con relación a la información que ha recibido el paciente acerca de la diabetes a partir del diagnóstico en la consulta, sería conveniente que los médicos durante la consulta refirieran fuentes de consulta confiables y con evidencia científica o proporcionaran información escrita para que el paciente la consulte en compañía de su familia. Respecto a la información para el manejo adecuado de la diabetes se debe proporcionar de manera integral e individualizada de acuerdo con la evolución de la enfermedad y situación específica en función de una evaluación integral previa. Es importante que se dé seguimiento integral registrando en su expediente las necesidades físicas y emocionales específicas para reducir riesgos y complicaciones y no solo centrarse en los medicamentos, alimentación y ejercicio como se hace regularmente en la atención de primer nivel, o bien referir con el especialista que corresponda (nutriólogo, psicólogo, educador en diabetes, oftalmólogo, etc).

Sería recomendable que no se tuvieran disponibles en casa ciertos alimentos que no son óptimos para llevar un buen control de la diabetes para evitar tentaciones.

Programas de Intervención en Instituciones públicas y privadas

Sería conveniente incorporar en los programas de intervención relacionadas con enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, actividades de educación para la salud socioemocional que desarrolle en el paciente las habilidades necesarias para el manejo adecuado de emociones. Esto es, que se pudiera entrenar a los pacientes sobre la identificación, expresión y regulación de las propias emociones, así como ofrecer estrategias para manejarlas de manera efectiva con conciencia dentro de los programas de Educación en diabetes institucionales.

Es recomendable que los pacientes asistan a grupos de apoyo para externar sus dudas, inquietudes o problemáticas para llevar a cabo sus conductas de autocuidado. Esto implica la creación de grupos de apoyo en los servicios de salud pública y privada.

Se observa la necesidad de difundir información concreta respecto a factores de riesgo difundidos mediante los constructos de "sedentarismo y sobrepeso" ya que al intervenir el sistema de creencias personales, los términos genéricos quedan muy ambiguos y la población no lo adopta como parte de su conocimiento generando una barrera.

Sugerencias para futuras investigaciones

Sería conveniente que en futuras investigaciones se revisara: 1) la relación entre desilusión amorosa y conductas de autocuidado 2) la relación entre etapa de duelo / etapa de cambio y las conductas de autocuidado, 3) la relación entre autoeficacia como factor protector

del autocuidado y ambientes de violencia familiar, 4) la relación entre autocuidado y adherencia, y los estilos de apego emocional en adultos y 5) la relación entre etapa de duelo / etapa de cambio y las conductas de autocuidado.

Limitaciones

Derivado de la presencia de la pandemia de COVID-19, el trabajo de campo presencial se vió interrumpido y se tuvo la necesidad de cambiar totalmente el formato a formato en línea.

Dado el cambio de modalidad a formato en línea, no se pudo llevar a cabo una tercera medición contemplada inicialmente en el diseño pre-experimental propuesto sobre el piloto de intervención en educación para la salud socioemocional de pacientes que viven con Diabetes tipo 2. Asimismo, no se pudo llevar el registro de marcadores clínicos (glucosa, presión arterial, IMC), motivo por el cual no se pudieron analizar los beneficios metabólicos de la intervención en la población participante.

Agradecimientos

Principalmente agradezco a todos los participantes y las participantes que aceptaron colaborar en las distintas fases del estudio.

A Bernardo, mi director de tesis por su apoyo incondicional, su compartir honesto y generoso y por su comprensión que son para mí invaluable.

A mis tutores y lectores que han dedicado tiempo valioso a la revisión de mi proyecto, y con sus conocimientos y experiencia han guiado generosamente mi proceso de aprendizaje en investigación.

A la Dra. Nelly Cisneros por compartirme la información de sus pacientes de Colima, quienes fueron convocados a participar en este proyecto.

Al Centro Meneses y especialmente a Karen por apoyarme en la logística de las instalaciones para llevar a cabo mis sesiones del programa de intervención.

A la Dirección de Educación Continua por facilitarme un aula para llevar a cabo mis sesiones del programa de intervención.

A la Universidad Iberoamericana, mi “alma mater” que me apoyó en el logro de este gran proyecto de posgrado.

A mi amado esposo Héctor quien confía en mi y me ha impulsado en mis momentos de cansancio como un pilar amoroso durante todo este proceso.

A mi mamá Trini y a mis hermanos Gaby y Hugo que siempre han confiado en mí y que con su apoyo y cariño incondicional me mantienen siempre con el espíritu en alto.

A mi papá “Jesús”, quien desde el cielo me ha acompañado todo este tiempo, esperando que al concluir este nuevo logro, su jardín se llene de hermosas flores.

A mi mascota Happy, que es fuente de alegría, mi fiel compañero que resistió a mi lado estóico durante los días y noches de redacción de este proyecto.

Referencias Bibliográficas

- Achury Saldaña, D. M. (2007). Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichan*, 7(2), 139-160.
- Adriaansel, M., Dekkerl, J., Annemieke, M., Spijkermanl, J., Twisk, G., Henk, V. Snoek, H. (2005). Diabetes-related symptoms and negative mood in participants of a targeted population-screening program for type 2 diabetes: The Hoorn Screening study. *Quality of Life Research*, 14(6), 1501-1509.
- Aguado, L. (2014). *Emoción, afecto y motivación*. Alianza Editorial.
- Agudelo-Botero, M., & Dávila-Cervantes, C. A. (2015). Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 172-177.
- Agüero, E. A. (2010). *Emociones que enferman: trastornos psicósomáticos y autodestrucción*. Buenos Aires, AR: Editorial del Nuevo Extremo S.A..
- Aikens, J. E., Wallander, J. L., Bell, D. S., & Cole, J. A. (1992). Daily stress variability, learned resourcefulness, regimen adherence, and metabolic control in type I diabetes mellitus: evaluation of a path model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(1), 113.
- Alfaro, J., Simal, A., & Botella, F. (2000). Tratamiento de la diabetes mellitus. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 24(2), 33-43.
- Alfonso, L., Gran, J.A., (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*. 14. Num I. Pp. 89-99. La Habana, Cuba.
- Álvarez, L. N. R. (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances en enfermería*, 24(2), 91-98.
- American Association of Diabetes Educators [AADE]: Position Statement. Diciembre 3, 2014.

American Diabetes Association [ADA]. (2017, January 1). Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *Diabetes Care*, 40, 49.

American Diabetes Association [ADA]. Noviembre 25, 2018. Disponible en:

<http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/sintomas-de-la-diabetes/>.

American Diabetes Association [ADA]. (2021, January). Standards of Medical Care in Diabetes 2021. *Diabetes Care*, 44, 1.

American Heart Association. Diabetes risk factors. Mayo 5, 2021. Disponible en:

<https://www.heart.org/en/health-topics/diabetes/understand-your-risk-for-diabetes>

American Thoracic Society [ATS]. (2020, April, 28). ¿Qué es el COVID-19?. Disponible en:

<https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/covid-19.pdf>

Antoni, M., & Zentner, J. (2014). *Las cuatro emociones básicas*. Herder Editorial.

Arganis, E. N. (2005). La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa D.F. 2.

Arreola, A. D. C., Palencia, A. R., Hoyos, S. I., & Lagunes, I. R. (2016). Validación psicométrica del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 47-54.

Asociación Mexicana de Diabetes [AMD] (Mayo 3, 2019). Disponible en:

<http://amdiabetes.org/que-es-la-educacion-en-diabetes/>

Bachrach, E. (2012). *ÁgilMente: aprende cómo funciona tu cerebro para potenciar tu creatividad y vivir mejor*. Sudamericana.

Balcázar-Nava, P., Gurrola-Peña, G. M., Moysén-Chimal, A., Urcid-Velarde, S., Garay-López, J. C., Velasco-Fuentes, M. C., ... & Estrada-Laredo, E. (2016). Análisis de las propiedades

- psicométricas de la diabetes empowerment scale (des-1f-s) en español. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 13(2), 95-104.
- Barragán Estrada, A. R., & Morales Martínez, C. I. (2014). Psicología de las emociones positivas: Generalidades y Beneficios. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 19(1), 103-118.
- Barrón, A. G., Ramírez, L. P. A., & Barrios, E. L. (2012). Evaluación de la eficiencia técnica del programa de Diabetes en unidades de salud de San Luis Potosí. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición*, 13(3).
- Benavides, M. O., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 19(3), 63-93.
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa: Guía práctica* (No. 370.7 B57.).
- Bisquerra Alzina, R., & Escoda, N. P. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10,61-82.
- Bisquerra Alzina, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Editorial Síntesis.
- Blanco-Molina, M. y. S.-V, M.(2014). Escala de Afectividad (PANAS) de Watson y Clark en Adultos Mayores. *Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014*.

Boehm, J., Kivimaki, M., Trudel-Fitzgerald, C., & Kubzansky, L. (2015). The prospective association between positive psychological well-being and diabetes. *Health Psychology, 34*, 1013-1021.

Boletín Epidemiológico: Diabetes Mellitus tipo 2 cierre 2014. Secretaria de Salud. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_diabetes.html

Boletín Epidemiológico: Diabetes Mellitus tipo 2 2012. Secretaria de Salud. Disponible en: www.dgepi.salud.gob.mx.

Bueno, A. G. L. R., & García, L. (2014). El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 7*(1), 49-58.

Butler, J. M., Berg, C., King, P., Gelfand, D., Fortenberry, K., Foster, C., & Wiebe, D. (2009). Parental Negative Affect and Adolescent Efficacy for Diabetes Management. *Journal of Family Psychology 23*, 611-614.

Cáceres, L. J. G. (Ed.). (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Pearson Educación.

Camacho, G. E., & Vega, M. C. (Eds.). (2014). *Autocuidado de la salud*. Guadalajara, MÉXICO: ITESO - Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1973). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Amorrortu editores.

Castro M. (2014) *Emociones positivas y salud*. Asociación Educar. Disponible en: <http://asociacioneducar.com/emociones-positivas-salud>.

- Castro M. (2014) La importancia de la re-significación emocional. Asociación Educar.
Disponible en: <http://asociacioneducar.com/re-significacion-emocional>.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Chesla, C., Fisher, L., Skaff, M., Mullan, J., Gilliss, C., & Kanter, R. (2003). Family Predictors of Disease Management Over One Year in Latino and European American Patients with Type 2 Diabetes. *Family Process*, 42, 375-390.
- Chew, B. H., Shariff-Ghazali, S., & Fernandez, A. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World journal of diabetes*, 5(6), 796.
- Cohen, S., & Herbert, T. (1996).: Psychological Factors and Physical Disease from the Perspective of Human Psychoneuroimmunology *Health Psychology*, 47, 113-142.
- Compeán Ortiz, L. G. (2006). *Autocuidado en adultos con diabetes tipo 2: influencia de la memoria y el aprendizaje* (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Contreras Orozco, A., Contreras Machado, A., Hernández Bohórquez, C., Castro Balmaceda, M., & Navarro Palmett, L. L. (2013). Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. *Investigaciones Andina*, 15(26), 667-678.
- Cuza, I. G., Lauzán, Y. S., & Félix, A. M. (2020). Relevancia de la Teoría del déficit de autocuidado en la COVID-19. *Boletín Científico del Cimeq*, 1(16), 4.
- Damasio, A. (2001). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Critica.
- Damasio A. (2005). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Ed. Critica.

- Dean K. (1989). Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Medicine, 29*(9): 137-152.
- Del Castillo, A. (2010). *Apoyo social, síntomas depresivos, auto-eficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2* (Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México).
- Arreola, A. D. C., Téllez, O. M., & Solano, G. S. (2013). Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine, 3*(1), 24-30.
- De Helsinki, D. (1964). Asociación médica mundial. *Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial Helsinki, Finlandia.*
- De la Paz Castillo, K. L., Proenza Fernández, L., Gallardo Sánchez, Y., Fernández Pérez, S., & Mompí Lastre, A. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Medisan, 16*(4), 489-497.
- Del Pozo Flórez, J. Á. (2013). *Técnicas de comunicación personal y grupal*. Editorial Club Universitario.
- Demas, P., & Wylie-Rosett, J. (1990). The health belief model (HBM) re-examined as a guide for intervention: Perceived susceptibility to diabetic complications as a source of stress. *Diabetes, 39*, 9A.

De Vries, T. P. G., Henning, R. H., Hogerzeil, H. V., Fresle, D. A., Policy, M., & World Health Organization. (1998). Guía de la buena prescripción: Manual práctico. *Organización Mundial de la Salud*, 94 (11).

Diario Oficial de la Federación. (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php.

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41(6), 342.

Dirección General de Epidemiología. [DGE]. (2012). Manual de Procedimientos

Estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la Diabetes Mellitus tipo 2.

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>

Driessnack, M., Sousa, V., & Mendes, I. (2007). Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería: parte 3: métodos mixtos y múltiples. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 1046-1049. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500025>

Duangdao, K. M., & Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis.

Journal of behavioral medicine, 31(4), 291-300.

Eaton, R.J.; Bradley, G.; Morrissey, S. (2014). Positive predispositions, quality of life and chronic illness. *Psychology, Health & Medicine*, 19(4), 473–489.

[doi:10.1080/13548506.2013.824593](https://doi.org/10.1080/13548506.2013.824593)

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2012. <https://ensanut.insp.mx/>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT MC] 2016. <https://ensanut.insp.mx/>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2018. <https://ensanut.insp.mx/>
- Esquivel, L. (2015). *El libro de las emociones*. Debolsillo.
- Everson-Rose, S. A., & Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of public health*, 26, 469-500.
- Fernández-Abascal, E.G & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Ariel.
- Fernandez, A. M., Dufey, M., & Mourgues, C. (2007). Expresión y reconocimiento de emociones: un punto de encuentro entre evolución, psicofisiología y neurociencias. *Revista chilena de Neuropsicología*, 2(1), 8-20.
- Fernández, B., Jorge, V., & Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6(1), 243-256.
- Federación Internacional de Diabetes [FID]. (2013). Atlas de la Diabetes de la FID sexta edición. https://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
- Federación Internacional de Diabetes [FID]. (2015) Atlas de la Diabetes de la FID séptima edición. <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>
- Federación Internacional de Diabetes [FID]. (2017). Atlas de la Diabetes de la FID octava edición. <http://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>
- Federación Mexicana de Diabetes A.C (2013). <http://fmdiabetes.org/la-diabetes-mexico/>
- Federación Mexicana de Diabetes A.C (2017). <http://fmdiabetes.org/la-diabetes-mexico/>

- Federación Mexicana de Diabetes A.C (2018). <http://fmdiabetes.org/la-diabetes-mexico/>
- Ferzacca, S. (2012). Diabetes and culture. *Annual Review of Anthropology*, 41, 411-426.
- Figuerola, D. (2013). *Manual de educación terapéutica en diabetes*. Ediciones Diaz de Santos, S.A.
- Folkman , S. & Lazarus , R.S (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a collage examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Frazzetto, G. (2014). *Cómo sentimos: Sobre lo que la neurociencia puede y no puede decirnos acerca de nuestras emociones*. Anagrama.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218- 226.
- Funnell, M.M., Brown, T.L., Childs, B.P., Haas, L. B., Hosey, G. M., Jensen, B., et al. (2008). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 31(Suppl.1), S97-S104.
- Garcés, M., & Lidón, R. (2015). Efecto de las intervenciones en autocuidados y mejora de la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (Tesis de licenciatura, Universitat Jaume).
- Hernández, T. B., & García, L. O. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa:: La entrevista (I). *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 33, 1-5.

- García Retana, J. Á. (2012). La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje. *Revista Educación*, 36(1), 97-109.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.
- Gendlin, E. (2014). Experienciación: Una variable en el proceso de cambio terapéutico. En Segrera, A. S., Cornelius-White, J. H., Behr, M., & Lombardi, S. (Eds.), *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales* (pp. 19-36). Gran Aldea editores.
- Gil-Velázquez, L. E., Sil-Acosta, M. J., Domínguez-Sánchez, E. R., Torres-Arreola, L. D. P., & Medina-Chávez, J. H. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1), 104-119.
- Glasgow, R.E., Wilson, W. y McCaul, K.D. (1985). Regimen adherence: a problematic construct in diabetes research. *Diabetes Care*, 8, 300– 301.
- Golay, A., Lagger, G., Chambouleyron, M., Carrard, I., & Lasserre-Moutet, A. (2008). Therapeutic education of diabetic patients. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 24(3), 192-196.
- Goleman, D. (1997). *La salud emocional*. Editorial Kairós.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Gómez, G. R., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.
- González-Burboa, Alexis, Luarte-Martínez, Soledad, Villaseca Silva, Patricia, Manríquez Vidal, Camilo, Müller Ortiz, Hans, Pedreros Rosales, Cristian, Alberquilla Menéndez-Asenjo,

- Ángel, Otero Puime, Ángel, Páez Rovira, Darío, & Vera-Calzaretta, Aldo. (2019). Efectividad de intervenciones basadas en Mindfulness para mejorar el control de la Diabetes Mellitus tipo 2: Una revisión sistemática e integración metanalítica preliminar. *Terapia psicológica*, 37(1), 53-70. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000100053>
- González, E. (2002). *Educación en la afectividad*. Universidad Complutense de Madrid.
- González, M. M. P., & Pisano, A. G. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería clínica*, 24(1), 59-66.
- Gonzalez, J. S., Shreck, E., Psaros, C., & Safren, S. A. (2015). Distress and type 2 diabetes-treatment adherence: A mediating role for perceived control. *Health psychology*, 34(5), 505.
- Guillen J. (2012). El lóbulo frontal: el director ejecutivo del cerebro. Disponible en: <https://escuelaconcerebro.wordpress.com/2012/08/12/el-lobulo-frontal-el-director-ejecutivo-del-cerebro/>
- Hahusseau, S. (2010). *Tristeza, miedo, cólera: Actuar sobre nuestras emociones*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud pública de México*, 55, s129-s136.
- Hernández, F. (2010). Epidemiología de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Organización Panamericana de la Salud OPS*, 45(8).

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3a ed.). Editorial Mc Graw-Hill.

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). Editorial Mc Graw-Hill.

Hoyos Duque, T. N., Arteaga Henao, M. V., & Muñoz Cardona, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y educación en enfermería*, 29(2), 194-203.

INEGI (2017). A propósito del día mundial de la población (11 de julio). Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf.

INEGI (2021). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes (14 de noviembre).

Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf.

INEGI (2022). Estadística de defunciones registradas de Enero a Junio de 2021 (Preliminar).

Comunicado de prensa 24/2. 24 enero 2022. Disponible en:

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2017). Diabetes en México. Disponible en:

<https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>

- Irvine, A. A., Cox, D., & Gonder-Frederick, L. (1992). Fear of hypoglycemia: relationship to physical and psychological symptoms in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology, 11*(2), 135.
- Izard, C. E. (1994). Innate and universal facial expressions: evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological bulletin, 115*(2), 288-299.
- Jiménez, J. T., de la Torre Salmerón, A., & Peresmitre, G. G. (2002). Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social, 40*(4), 307-318.
- Jiménez, M. L. V. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo, 27*(1), 9-17.
- Johnson, B. y Onwuegbuzie, A. (2004, October). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come [Los métodos de investigación mixtos: un paradigma de investigación cuyo tiempo ha llegado]. *Educational Researcher, 33*(7), 14-26.
Disponible en: <http://edr.sagepub.com/cgi/content/abstract/33/7/14>
- Johnson, S.B., Silverstein, J., Rosenbloom, A., Carter, R. y Cunningham, W. (1986). Assessing daily management in childhood diabetes. *Health Psychology, 5*, 545– 564.
- Jones, S. M., Amtmann, D., & Gell, N. M. (2016). A psychometric examination of multimorbidity and mental health in older adults. *Aging & mental health, 20*(3), 309-317.
<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1008988>

- Kelly, S., Hertzman, C., & Daniels, M. (1997). Searching for the biological pathways between stress and health. *Annual Review of Public Health, 18*, 437-462.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology, 53*(1), 83-107.
- King, H., Aubert, R. E., & Herman, W. H. Global burden of diabetes, Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care, 21*(9), 5-7.
- Kishimoto, M., Ishikawa, T., & Odawara, M. (2021). Behavioral changes in patients with diabetes during the COVID-19 pandemic. *Diabetology international, 12*(2), 241-245.
- Lazarus, R. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist, 46*, 819-834.
- Lazarus, R. S. (2009). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Leperski, K. G. (2017). El paradigma de las emociones básicas y su investigación. Hacia la construcción de una crítica. In *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E., & Phillips, L. (2008). Health Psychology: The Search for Pathways between Behavior and Health. *Annual Review of Psychology, 59*, 477-505.
- Lima-Martínez, M. M., Boada, C. C., Madera-Silva, M. D., Marín, W., & Contreras, M. (2021). COVID-19 y diabetes mellitus: una relación bidireccional. *Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis, 33*(3), 151-157.

- Lister, Z., Wilson, C., Fox, C., Herring, R. P., Simpson, C., Smith, L., & Edwards, L. (2016). Partner expressed emotion and diabetes management among spouses living with Type 2 diabetes. *Families, Systems, & Health, 34*(4), 424.
- López Portillo, A., Vidal, R. C. B., Velásquez, O. F. R., Herrera, L. G., & Rivera, J. S. (2007). Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45*(1), 29-36.
- Lynn, A. B. (2006). *La otra inteligencia: Plan para potenciar la inteligencia emocional en el trabajo*. Empresa Activa.
- Lyubomirsky S. (2011). *La ciencia de la felicidad: Un método probado para conseguir el bienestar*. Ediciones Urano.
- Martín, E., Querol, M. T., Larsson, C., Renovell, M., & Leal, C. (2007). Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Av Diabetol, 23*(2), 88-93.
- Martínez-Domínguez, G, et al. (2016). La importancia de la Adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 36*(2), 107-116.
- Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Aguado Romo, R., & Zabala-Baños, M. (2015). La adhesión terapéutica desde la vinculación emocional: la técnica U. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 8*(2), 171-172.
- Martz, E. (Ed.). (2017). Promoting self-Management of chronic health conditions: theories and practice. *Oxford University Press, 2*, 171-172.
- Merchán Felipe, M. D. L. N. (2014). Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. (Tesis de Doctorado, Universidad de Alicante).

- Miley, W. M. (1989). Reduction of blood glucose levels in chronically ill Type 2 diabetics by brief biofeedback-assisted relaxation training. *Rehabilitation Psychology, 34*(1), 17.
- Mollà, R. M., Bonet, R. M. B., & Climent, C. I. (2010). Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciències de l'Educació, 1*(1), 113-133.
- Montañés, M. C. (2005). *Psicología de la emoción: El proceso emocional*. Universidad de Valencia.
- Mora, F. (2012). 1.¿ Qué son las emociones?. *El Observatorio FAROS Sant Joan de Déu, 14*.
- Morales, Z. & Garrido, R (2014). Dinámica para el autoconocimiento: La línea de vida. En: Arbués, A. E., & Toscano (Coords.), *Arteterapia y creatividad: Implicaciones prácticas* (pp. 99-105). Asanart.
- Boylan, J. M., Tsenkova, V. K., Miyamoto, Y., & Ryff, C. D. (2017). Psychological resources and glucoregulation in Japanese adults: Findings from MIDJA. *Health Psychology, 36*(5), 449.
- Moskowitz, J. T., Epel, E. S., & Acree, M. (2008). Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes. *Health Psychology, 27*(1S), S73.
- Nash, J. (2013). *Diabetes and wellbeing: managing the psychological and emotional challenges of diabetes types 1 and 2*. John Wiley & Sons.
- NIH. Síntomas y causas de la Diabetes. (2018 Noviembre). Disponible en:

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>.

Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. Á., Ríos Bermúdez, M., Parra Jiménez, Á., Hernando Gómez, Á., & Reina Flores, M. D. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Junta de Andalucía.

Ollero, M., Orozco, D., Domingo, C., Román, P., López, A., & Melguizo, M. (2011). Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). *Documento de consenso: Atención al paciente Con enfermedades Crónicas*. Sevilla: Ed Mergablum.

Ordinola-Farías, J. A., Remache-Pesantes, M. P., & Suconota-Pintado, A. L. (2021). Diabetes y Covid desde una perspectiva del autocuidado. *Polo del Conocimiento*, 6(9), 769-786.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. Nota descriptiva. Noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. Diabetes. Noviembre de 2017. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). Información básica sobre la COVID-19. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo:

Pruebas para la acción. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (17 de junio de 2020). La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las

Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>

Ortega, M. A. R., & Suck, E. A. T. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica: Una guía para terapeutas*. Editorial El Manual Moderno.

Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652.

Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions?. *Psychological review*, 97(3), 315.

Parchman, M., & Bergf, S. (2002). Continuity and quality of care in type 2 diabetes, 51, 619-624.

Paterson, B. (2001). Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of advanced nursing*, 34(5), 574-581.

Paz-Ibarra, J. (2020). Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19. *Acta medica peruana*, 37(2), 176-185.

Pereira Pérez, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15(1).

- Pérez, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2008). Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(1), 101-108.
- Pérez-Escoda, N., Bisquerra, R., R Filella, G., & Soldevila, A. (2010). Construcción del cuestionario de desarrollo emocional de adultos (QDE-A). *Revista española de orientación y psicopedagogía*, 21(2).
- Pérez, M. J., Echauri, M., Ancizu, E., & Chocarro, J. (2006). *Manual de educación para la salud*. Gobierno de Navarra.
- Pérez, M. L., Quintana, F. C., Rubio, C. L., García, M. P., & Izquierdo, D. G. (2008). Impacto del nivel de conocimientos, la fuente de información y la experiencia con la enfermedad sobre las actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes en un grupo de estudiantes de educación secundaria. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 479-499.
- Pérez, Z. P. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista electrónica Educare*, 15(1), 15-29.
- Piana, N., Maldonato, A., Bloise, D., Carboni, L., Careddu, G., Fraticelli, E., ... & Romani, G. (2010). The narrative-autobiographical approach in the group education of adolescents with diabetes: a qualitative research on its effects. *Patient education and counseling*, 80(1), 56-63.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2).

- Plutchik, R. (1980). Emotion: a psychoevolutionary synthesis. *The American Journal of Psychology*, 93(4), 751-753. <https://doi.org/10.2307/1422394>
- Polonsky, W. H. (2002). Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. *Current Diabetes Reports*, 2(2), 153–159. doi:10.1007/s11892-002-0075-5
- Poplawsky, R. (2013). *Una curación completa: Cuando el alma duele... el cuerpo enferma*. PAX.
- Pousa Reis, M. Á. (2017). *Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF No. 8 de Aguascalientes*. (Tesis Especialidad en Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Aguascalientes).
- Prada, E.C. (2005). Psicología positiva y emociones positivas. *Revista Electrónica de Psicología Positiva*, 12 (1), 83-96.
- Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.
- Repetto Talavera, E., & Pena Garrido, M. (2010). Las competencias socioemocionales como factor de calidad en la educación. *REICE. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 8(5), 82-95.
- Reyes, F. G. (2019). La línea de vida: una técnica de recolección de datos cualitativa. *ECOS DE LA ACADEMIA*, 5(10), 21-29.
- Reynoso, L., & Becerra, A. (2014). *Medicina conductual: Teoría y práctica*. Qartuppi.

- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health psychology, 24*(4), 422.
- Rondón, J. E. (2011). Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista electrónica de psicología Iztacala, 14*(2), 126-162.
- Rubio, M. G., Morató, M. J., & Torre, E. M. (2015). Educación terapéutica y autocuidado: resultados del estudio observacional transversal Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2) en España. *Endocrinología y Nutrición, 62*(8), 391-399.
- Sagarduy, J. L. Y., Sosa, J. J. S., & López, J. A. P. (2010). *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*. Editorial El Manual Moderno.
- Sagui, S. J., & Levens, S. M. (2016). Cognitive reappraisal ability buffers against the indirect effects of perceived stress reactivity on Type 2 diabetes. *Health Psychology, 35*(10), 1154-1158.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990) Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185–211.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1997) *Educational Development and Emotional Intelligence*. Basic Books.

- Sánchez Aragón, R., Díaz Loving, R., & López Becerra, C. (2008). Medición de la auto-eficacia en el uso de estrategias de regulación emocional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4), 15-27.
- Santamaria, Y. R., Cabriales, E. C. G., Valverde, J. M. G., & Luna, N. S. A. (2017). Teoría de auto-manejo y control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Journal Health NPEPS*, 2(2), 444-456.
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured?. *Social science information*, 44(4), 695-729.
- Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kulzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1-14.
- Skinner, T. C., Hampson, S. E., & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with Type 1 diabetes. *Health Psychology*, 21(1), 61.
- Soca, R. (2004). *La fascinante historia de las palabras*. Ricardo Soca.
- Suarez, E. C. (2006). Sex differences in the relation of depressive symptoms, hostility, and anger expression to indices of glucose metabolism in nondiabetic adults. *Health Psychology*, 25(4), 484.
- Surwit, R. S. y Schneider, M. S. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55 , 380-393.

- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of advanced nursing*, 34(6), 780-786.
- Torres, A. R., Patiño, D. C., Landgrave, G. C., Ruiz, J. E. C., & Galicia, A. A. (2015). Análisis de un programa médico-asistencial para diabetes (diabetimss) mediante el método FODA. *Revista médica de la Universidad de Costa Rica*, 9(1), 55-65.
- Tran, V., Wiebe, D. J., Fortenberry, K. T., Butler, J. M., & Berg, C. A. (2011). Benefit finding, affective reactions to diabetes stress, and diabetes management among early adolescents. *Health Psychology*, 30(2), 212.
- Trujillo Olivera, L. E., Nazar Beutelspacher, A., Zapata Martelo, E., & Estrada Lugo, E. I. (2008). Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir. *Papeles de población*, 14(58), 231-256.
- Unestahl E, Paijkull M. (2011). *Yes you can*. Mental Training.
- Valencia-Monsalvez, F., Mendoza-Parra, S., & Luengo-Machuca, L. (2017). Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (mmas-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 245-249.
- Valles, M. S. (2014). *Entrevistas cualitativas* (2a. ed.). Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Vargas, G. O., Raygoza, N. P., & Elias, M. D. G. N. (2000). *Diversidad, Cultura Y Salud: 2011*. B-Fundación Universitaria Andalu.
- Villalobos-Pérez, A., Brenes-Sáenz, J. C., Quirós-Morales, D., & León-Sanabria, G. (2006). Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo ii-versión III (EATDM-III©) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 31-38.
- Whybrow, P. C., Akiskal, H. S., & McKinney, W. T. (1984). Toward a psychobiological integration: affective illness as a final common path to adaptive failure. En Whybrow, P. C., Akiskal, H. S., & McKinney, W. T. *Mood Disorders*, (pp. 173-203). Springer New York.
- Wing, R. R., Epstein, L. H., Nowalk, M. P., & Lamparski, D. M. (1986). Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*, 99(1), 78.
- World Health Organization [WHO]. (2020). The impact of the COVID-19 on noncommunicable disease resources and services. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1299882/retrieve>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191-2194.
- Zamora, R. L. (2005). *Sociología del miedo: Un estudio sobre las ánimas, diablos y elementos naturales*. Universidad de Guadalajara.

Zubieta, E., Fernández, I., Vergara, A., Martínez, M. D., & Candia, L. (1998). Cultura y emoción en América. *Boletín de Psicología*, *61*, 65-90.

Zuñiga-Ramirez, M. G., Villarreal Ríos, E., Vargas Daza, E. R., Galicia-Rodríguez, L., Martínez-González, L., & Cervantes-Becerra, R. G. (2013). Perfil de uso de los servicios del módulo DiabetIMSS por pacientes con diabetes mellitus 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, *21*(2), 79-84.