

ARTÍCULOS ORIGINALES

ACTITUDES, AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Attitudes, Ways of Coping and Self-care in Patients with type 2 diabetes

Vera Bail Pupko,¹ Susana Azzollini²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La diabetes es una de las enfermedades más frecuentes e importantes debido a las complicaciones conexas. Un 80% o más de los pacientes incumplen con el tratamiento. **OBJETIVO:** Conocer las actitudes hacia la diabetes, su influencia sobre las estrategias de afrontamiento y la adhesión al autocuidado, según edad, género, nivel sociocultural y locus de control de los pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Ante una muestra sistemática de 337 pacientes se administraron cuestionarios de datos personales, laborales y familiares, escala de locus de control, inventario de afrontamiento, escala sobre prácticas de autocuidado y sobre actitudes hacia la patología. Los datos fueron analizados estadísticamente. **RESULTADOS:** Los pacientes con una actitud positiva o neutra hacia la enfermedad presentaron una media significativamente superior ($p < 0,001$) en la valoración como desafío que quienes adoptaron una actitud negativa. La valoración en cuestión mostró correlaciones positivas y significativas con los afrontamientos activos. Este tipo de afrontamiento, a su vez, exhibió una correlación positiva con el cumplimiento de las pautas de autocuidado. **CONCLUSIONES:** Los hallazgos ponen de manifiesto la importancia de la educación diabetológica relacionada con el componente cognitivo de la actitud. Sin embargo, este factor resulta insuficiente para lograr una adhesión plena a los tratamientos.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Diabetes is one of the most frequent and important diseases due to its complications. 80% or more of the patients do not follow the medical advice. **OBJECTIVE:** To know the attitudes towards diabetes, its influence on ways of coping and the adherence to self-care, according to age, gender, sociocultural background and locus of control in patients with diabetes type 2 attending public hospitals in Buenos Aires city. **METHODS:** A descriptive and cross-sectional research was conducted. A systematic sample of 337 patients was selected to answer a questionnaire including personal information, work and family situation, locus of control scale, ways of coping inventory, self-care practice scale and attitudes towards diabetes. **RESULTS:** The perception of the illness as challenge was significantly higher ($p < 0.001$) in patients with a positive or neutral attitude to diabetes than in those with a negative perception. The positive attitude led to active ways of coping, which in turn improved the adherence to self-care. **CONCLUSIONS:** The results show the importance of diabetes education related to a cognitive component of attitude. However, it is not enough to achieve full adherence to treatment.

PALABRAS CLAVE: Diabetes - Afrontamiento - Autocuidado - Actitudes**KEY WORDS:** Diabetes - Coping - Self-care - Attitudes¹ Universidad de Buenos Aires² Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)**FUENTES DE FINANCIAMIENTO:** Beca "Carrillo-Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.**FECHA DE RECEPCIÓN:** 3 de febrero de 2012**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 23 de marzo de 2012**CORRESPONDENCIA A:** Vera Bail Pupko
Correo electrónico: verabail62@yahoo.com.ar**INTRODUCCIÓN**

La diabetes es una enfermedad endócrina y metabólica crónica, que se caracteriza por una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina¹ y presenta repercusiones personales, económicas y sanitarias generadas por su tratamiento y por las complicaciones degenerativas asociadas.² Para controlarla y reducir las complicaciones a largo plazo,³ es necesario adherir al tratamiento, desarrollar habilidades y modificar hábitos. Pero según Fernández *et al.*,² solo un 20% de los pacientes cumple las prescripciones: un 75% incumple su dieta y un 80% comete errores en la administración de insulina.⁴

A partir del diagnóstico, los pacientes ponen en juego distintas estrategias de afrontamiento.⁵ Evalúan la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente) para luego resolver los problemas de manera cognitiva o conductual, o reaccionar con simple pasividad o evitación.⁶ Para tratar de afrontar la enfermedad, es necesario normalizar los cambios en el estilo de vida. Meichenbaum y Turk⁷ hacen una diferenciación entre cumplimiento, que

tiene una connotación pasiva, y adhesión, que implica un compromiso activo.⁸ Los factores que afectan esta última parecen relacionarse con las características del tratamiento⁹ y con variables del contexto clínico. La adhesión es baja cuando las recomendaciones son de tipo profiláctico y no hay síntomas.¹⁰

Diversas investigaciones^{11,12} señalan que, pese a conocer las pautas de tratamiento, la mayoría de los diabéticos tiene dificultades para seguirlo ininterrumpidamente (en especial: el ejercicio físico, el autoanálisis de glucosa y el cumplimiento de la dieta).¹³ En un estudio de Bazata *et al.*¹⁴, también se encontró que la mayoría de los pacientes no trasladaba sus conocimientos a conductas. Por lo tanto, surge la importancia del aspecto emocional vinculado con la actitud¹⁵ para afrontar la cronicidad y aceptar un nuevo estilo de vida.¹⁶ De esta manera, la postura frente a la enfermedad minimiza o incrementa el impacto en el mundo familiar y laboral del paciente.

Se ha demostrado que los sujetos con diabetes tipo 2 que reciben mayor apoyo social mejoran el control de su enfermedad,^{12,17} porque disminuyen la percepción de dificultad para sostener el autocuidado.¹⁸ En consecuencia, es importante destacar el papel de las redes de sostén (familia y trabajo), que constituyen el principal amortiguador de los efectos del estrés¹⁹ y se ven afectadas por la irrupción de una enfermedad.²⁰

Por otra parte, también cabe suponer que según la atribución de causalidad (locus de control)²¹ realizada por la persona sobre el origen o desenvolvimiento de la enfermedad (destino, herencia, estilo de vida), diferentes serán las estrategias de afrontamiento que utilice para mitigar sus consecuencias.

El objetivo del presente estudio consistió en conocer las actitudes hacia la diabetes, su influencia sobre las estrategias de afrontamiento y la adhesión al autocuidado, según edad, género, nivel sociocultural y locus de control de los pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

MÉTODOS

Se aplicó un diseño descriptivo y transversal, con un abordaje cuantitativo. El estudio se realizó en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurrían en 2009 a consultorios externos de los hospitales públicos seleccionados de la CABA (Ramos Mejía, Tornú, Pirovano y Durand). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: que fuera mayor de 39 y menor de 80 años, que tuviera diagnóstico médico de diabetes tipo 2 y que aceptara participar de la investigación firmando el consentimiento informado. Se excluyó a quienes tenían antecedentes psiquiátricos y/o dificultades con el idioma.

Se estudió a 337 pacientes seleccionados a través de un muestreo sistemático (1 de cada 5), entre los que ingresaban a los consultorios externos de Nutrición y/o Diabetología de los centros de salud. Para ello se tuvieron en cuenta las estadísticas trimestrales²² de los nosocomios

(2730 pacientes). Se aplicó un nivel de confianza de 95% y un nivel de error de +/- 0,8, sobre la base de un desvío estándar de 8 de la variable "cumplimiento de pautas de autocuidado".

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de datos personales, donde también se indagaron los cambios producidos por la enfermedad en los ámbitos laboral y familiar, y una escala de frecuencias de prácticas de autocuidado (ambos elaborados *ad hoc* y validados a través de un análisis factorial y pruebas de confiabilidad),²³ el inventario de valoración y afrontamiento de Cano Vindel y Miguel Tobal,⁶ validado por Leibovich de Figueroa,²⁴ la escala de locus de control de Azzollini y González,²⁵ y una escala de actitudes hacia la enfermedad (elaborada a partir de los datos obtenidos durante un abordaje cualitativo previo y validada²⁶ a posteriori). Los instrumentos fueron contrabalanceados y sometidos a un análisis de validez y confiabilidad en un estudio piloto. Los análisis de validez incluyeron validez de contenido y de constructo (convergente y discriminante). El análisis de confiabilidad se efectuó a través del método de división por mitades. Los instrumentos utilizados presentaron propiedades psicométricas adecuadas. Los participantes recibieron y firmaron un formulario de consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Ramos Mejía.

Operacionalización de las variables

- Variable independiente compleja "actitudes hacia la diabetes"

Presentó tres dimensiones con sus correspondientes indicadores expresados en las siguientes frases: Componente cognitivo: 1) Pienso que la enfermedad que padezco puede curarse; 2) Supongo que, aunque me cuide mucho, igual voy a tener la misma cantidad de complicaciones; 3) Creo que olvidarse de que uno padece una enfermedad es la mejor manera de sentirse bien; 4) Pienso que hay que cuidarse para estar bien. Componente comportamental: 5) Trato de seguir las instrucciones del médico; 6) Como lo que tengo ganas porque vida hay una sola; 7) Evito comprar alimentos que puedan afectar mi problema de salud; 8) No voy al médico tanto como debería para no volverme loco con los turnos y los estudios. Componente afectivo 9) Estoy cansado de cuidarme; 10) Hacerme estudios no me molesta porque es para cuidar la salud; 11) Me encantan todas las cosas que me prohíben; 12) Me gusta cuando veo que mejoro por mi propio esfuerzo.

Los indicadores 1, 2, 3, 6, 8, 9 y 11 corresponden a actitudes negativas hacia la enfermedad y el autocuidado; el resto, a positivas. Para las actitudes negativas, el acuerdo se puntuó con -2 o -1 y el desacuerdo con 2 o 1; para las positivas, en forma inversa. De esta manera, un puntaje total negativo indicó una actitud negativa hacia la enfermedad, el 0 marcó una postura neutra y un puntaje positivo reflejó una actitud positiva. Nivel de medición categórico ordinal.

- Variable independiente compleja "Locus de control"

Los indicadores fueron expresados mediante las siguientes

frases: 1) En gran medida, lo que me pasa depende de la suerte; 2) Cuando hago planes, estoy casi seguro de que lograré realizarlos; 3) Aun cuando alguien de mayor poder se interponga en lo que quiero, siempre me las arreglo para hacer algo; 4) Cuando fracaso en algo, generalmente se debe a la mala suerte; 5) El recibir o no ayuda en malos momentos depende de si uno es buena persona; 6) Lo que uno piensa y quiere, casi siempre es más poderoso que la suerte y la voluntad de los demás; 7) Muchas veces los esfuerzos que uno realiza no bastan si chocan con la voluntad de los demás; 8) Cuando obtengo lo que deseo, casi siempre es por mi propio esfuerzo; 9) No siempre conviene que planeo a muy largo plazo porque ya se sabe que muchas cosas dependen de la buena o mala suerte; 10) Si las personas importantes decidieran que no les simpatizo, seguramente nadie me ayudaría; 11) Mi vida depende fundamentalmente de mis acciones personales; 12) Depende principalmente del destino que uno mejore de una enfermedad o no.

Los indicadores 1, 4, 7, 9, 10 y 12 del instrumento corresponden al locus de control externo; el resto, al interno. Para el modo externo, el acuerdo se puntuó con -3, -2 o -1 y el desacuerdo, con 3, 2 o 1; para el interno, en forma inversa. De esta manera, un puntaje total negativo indicó la predominancia de un locus de control de tipo externo y un puntaje positivo, la de uno interno. Como medida global, se utilizó un nivel métrico de intervalos y, en función del tipo de locus de control, uno categórico nominal (predominantemente interno/ predominantemente externo).

- Variable dependiente compleja "estrategias de afrontamiento"

Presentó 9 dimensiones: valoración de la situación como amenazante (VSA), valoración de la situación como desafío (VSD), valoración de la situación como indiferente (VSI), afrontamiento cognitivo dirigido a la situación (ACS), afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción (ACE), afrontamiento conductual motor dirigido a la situación (ACMS), afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción (ACME), afrontamiento pasivo (AP) y afrontamiento evitativo (AE). Los indicadores para cada dimensión fueron expresados a través de las siguientes frases:

VSA: Pienso que se trata de una situación: 1) Muy importante en mi vida; 2) Que tiene muchas consecuencias negativas, amenazantes o difíciles de controlar o resolver; 3) Que no me gusta; 4) En la que reflexiono acerca de lo que pensarán los demás.

VSD: Pienso que se trata de una situación: 5) En la que puedo hacer muchas cosas; 6) En la que intento crecer como persona; en la que puedo y debo estar más pendiente de otros que de mí; 7) Que supone un desafío para mí; 8) En la que podría verme desbordado, pero que puedo controlar; 9) En la que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo.

VSI: Pienso que se trata de una situación: 10) Como otra más de la vida; 11) Sin una especial importancia; 12) Sin consecuencias negativas para mí.

ACS: 13) Creo que puedo enfrentarme a esta situación y

hacer cosas que ayuden; 14) Trato de restarle importancia a la situación; 15) Intento ver la situación de la manera que me cause menos problemas; 16) Trato de ver algún aspecto positivo de la situación; 17) Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación; 18) Puedo tomar decisiones que me ayuden a simplificar los problemas que aparecen.

ACE: 19) Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan; 20) Me digo a mí mismo cosas positivas y me doy ánimo; 21) Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos; 22) Pienso que en otras situaciones hice lo que pude, y eso me tranquiliza; 23) Intento eliminar mis pensamientos negativos; 24) Intento mejorar mi estado de ánimo.

ACMS: 25) Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada; 26) Hago cosas para atraer la atención de los demás hacia el problema y buscar soluciones; 27) Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien; 28) Intento crear una situación relajada; 29) Trato de conocer la situación y de prepararme para ella; 30) Busco el contacto con las personas más próximas.

ACME: 31) Hago cosas que me ayuden a relajarme; 32) Hago pequeñas cosas que me ayuden a estar activo y sereno; 33) Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión; 34) Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más seguro; 35) Hago cosas que me ayuden a aumentar mi sensación de control; 36) Intento hablar de una manera espontánea y suave para calmarme.

AP: 37) Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones; 38) No hago nada especial e intento pasar desapercibido.

AE: 39) Intento huir o evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella.

Las puntuaciones de los indicadores fueron: casi nunca (0), pocas veces (1), unas veces sí y otras veces no (2), muchas veces (3) y casi siempre (4). Las dimensiones de la variable estuvieron representadas por la sumatoria de los puntajes. Nivel de medición métrico de intervalos.

- Variable dependiente compleja "prácticas de autocuidado"

Presentó cinco dimensiones con sus correspondientes indicadores expresados en las siguientes frases: Dieta: 1) Evito los alimentos con grasa como carne de cerdo y embutidos; 2) Seleccione alimentos de bajas calorías; 3) Consumo harinas en forma normal; 4) Trato de distribuir las comidas, evitando grandes atracones; 5) Tomo leche o yogur descremados; 6) Evito el azúcar usando edulcorantes; 7) Elijo pan integral en lugar de pan común; 8) Como frutas; 9) Como verduras; 10) Consumo pescado; 11) Consumo alimentos con fibras como legumbres de hoja verde, hortalizas o manzanas. Medicación y autoexámenes: 12) Utilizo la insulina o los hipoglucemiantes orales tal como los indicó el médico; 13) Llevo la medicación; 14) Me hago controles de azúcar tal como los indicó el médico; 15) Tomo nota de los controles de azúcar para contárselos al médico. Ejercicios físicos: 16) Hago gimnasia, algún deporte o camino; 17) Elijo una gimnasia o deporte que disfrute; 18) Consulto con el médico

el tipo de gimnasia o deporte que puedo realizar; 19) Trato de hacer algún ejercicio todos los días a la misma hora; 20) Mido el nivel de azúcar en sangre antes y después del ejercicio; 21) Cuando hago gimnasia, deportes o caminatas largas, llevo algún alimento o caramelo; 22) Llevo una tarjeta de identificación como diabético; 23) Bebo líquidos sin azúcar antes, durante y después del ejercicio. Cuidado de los pies: 24) Me reviso los pies; 25) Informo al médico de cualquier herida, cambio o principio de infección en los pies; 26) Me lavo los pies con agua tibia y un jabón suave; 27) Después de lavarme los pies, los seco muy bien sin frotar, especialmente entre los dedos; 28) Coloco una loción o vaselina luego de secarme los pies para suavizar la piel seca; 29) Mantengo las uñas de los pies limpias y cortas; 30) Recorto las uñas de los pies en sentido horizontal –rectas–; 31) Uso limas más que tijeras para el cuidado de las uñas de los pies; 32) Llevo los pies bien abrigados, usando medias de lana fina o algodón; 33) Uso un calzado cómodo y bien ajustado; 34) Evito punteras de zapatos finas por los roces; 35) Evito caminar descalzo; 36) Evito usar sandalias; 37) Evito usar tijeras o instrumentos afilados para eliminar callos y durezas de los pies; 38) Utilizo una bolsa de agua caliente u otro elemento para calentar los pies.

Las puntuaciones de los indicadores fueron: nunca (0), alguna vez o rara vez (1) y casi todos los días o siempre (2). La variable estuvo representada por la sumatoria. Nivel de medición métrico de intervalos.

- Variable de caracterización (simple) "edad": Respuestas de los pacientes sobre cuántos años tienen. El nivel de medición fue métrico de intervalos.

- Variable de caracterización (simple) "género": Respuestas de los pacientes sobre cómo construyeron su identidad sexual. Nivel de medición categórico nominal.

- Variable de caracterización (compleja) "nivel socio-cultural": Respuestas de los pacientes sobre el nivel de estudios, el tipo de trabajo y las características de su núcleo de convivencia en relación con el nivel de estudios y el tipo de trabajo. La categorización comprendió los niveles medio alto, medio y bajo. Nivel de medición categórico ordinal.

- Variable de control (simple) "tiempo de diagnóstico": Años declarados por la persona como período transcurrido entre la recepción del diagnóstico de diabetes y la actualidad. Nivel de medición métrico de razón.

Los datos fueron analizados estadísticamente de manera descriptiva e inferencial, según el nivel de medición de las variables y con la aceptación de un error $\alpha < 5\%$. Se utilizó el programa Spss 11.5 (versión en español). Se realizaron análisis de la varianza Anova con pruebas *post hoc* Scheffé, análisis de correlación bivariada y análisis de Chi cuadrado.

RESULTADOS

En lo que respecta a la caracterización de la muestra, un 57% de los pacientes fueron mujeres. El promedio de edad fue de 59,47 años, y el de años transcurridos desde el diagnóstico, de 8,63. El 41,5% de los pacientes tenían estudios primarios y el 37,1% secundarios.

Un 61,7% dijo que vivía con su pareja con o sin hijos. Además, el 15,3% manifestó estar ocupado en empleos de poca calificación que no requerían esfuerzos físicos. El 23,4% eran jubilados o pensionados, y el 19,5% realizaban trabajos precarios.

En relación con los ingresos, más de la mitad ganaba menos de 3.500\$ mensuales. Sin embargo, la mayoría dijo que siempre tenía recursos para trasladarse al hospital, comprar medicamentos y adquirir los alimentos requeridos para la dieta indicada; aunque también señaló que no disponía de dinero para recreación.

Cuanto más negativa resultó la actitud hacia la diabetes, mayor fue la valoración de la enfermedad como amenaza (medias: negativa 14,18; neutra 12,55; positiva 11,20). Las diferencias fueron estadísticamente significativas entre las tres categorías, aunque solo explican un 6,3% de la varianza. En cambio, quienes presentaban una actitud negativa, tenían una media (12,22) de la valoración como desafío significativamente inferior ($p < 0,001$) que quienes evidenciaban una neutra (14,84) o una positiva (15,56), sin existir diferencias significativas desde un punto de vista estadístico entre estas dos últimas categorías), lo que explica un 8,6% de la varianza.

Por otra parte, la valoración de la situación como irrelevante no presenta diferencias estadísticamente significativas según el tipo de actitud hacia la diabetes.

En cuanto al afrontamiento cognitivo, las personas con una actitud positiva (a la situación: 17,12 y a la emoción: 19,01) o neutra (a la situación: 16,62 y a la emoción: 17,78) –sin diferencias significativas entre ambas– lo utilizaron más que quienes presentaban una actitud negativa (a la situación: 13,57 y a la emoción: 15,41). Se trató de diferencias estadísticamente muy significativas en ambos casos, que explican un 10,4 y un 9,7% de la varianza, respectivamente. Con el afrontamiento conductual motor ocurrió algo análogo. Las personas con una actitud positiva (a la situación: 16,87 y a la emoción: 17,88) o neutra (a la situación: 15,86 y a la emoción: 16,88) –sin diferencias significativas entre ambas– lo utilizaron más que quienes presentaban una actitud negativa (a la situación: 13,66 y a la emoción: 14,43). También se trató de diferencias estadísticamente muy significativas, que explican la varianza en un 10,4% y un 7,8%, respectivamente (ver Tabla 1).

En cambio, las actitudes no parecieron incidir en el afrontamiento pasivo, ya que no se observaron diferencias significativas desde un punto de vista estadístico.

Por último, cuanto más negativa resultó la actitud, mayor fue la utilización de un afrontamiento de tipo evitativo.

En lo que respecta al ámbito laboral y familiar en función de las diferentes actitudes hacia la diabetes, la mayoría de las personas con una actitud positiva dijo que la enfermedad no afectó su trabajo (79,2%), que desde que le diagnosticaron la enfermedad no le cambiaron innecesariamente las tareas que realizaba (74,7%), que no tenía disminuida la capacidad (64,2%) y que no perdió beneficios laborales (84,3%), mientras que una importante proporción de los

TABLA 1. Análisis descriptivos y resultados del análisis de la varianza (Anova) de las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes, según sus actitudes hacia la diabetes.

Estrategia de afrontamiento	Actitud hacia la diabetes	Media	Desvío estándar	F	Sig.	Eta ²
Valoración de la situación como amenaza	Negativa	14,18	5,423	10,90	0,000	0,063
	Neutra	12,55	3,843			
	Positiva	11,20	3,577			
Valoración de la situación como desafío	Negativa	12,22	4,402	15,387	0,000	0,086
	Neutra	14,84	3,849			
	Positiva	15,56	4,286			
Valoración de la situación como irrelevante	Negativa	5,22	2,965	1,769	0,172	0,011
	Neutra	5,33	2,942			
	Positiva	4,66	2,811			
Afrontamiento cognitivo dirigido a la situación	Negativa	13,57	5,131	18,658	0,000	0,104
	Neutra	16,62	3,974			
	Positiva	17,12	3,361			
Afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción	Negativa	15,41	5,047	17,384	0,000	0,097
	Neutra	17,78	3,815			
	Positiva	19,01	3,402			
Afrontamiento conductual motor dirigido a la situación	Negativa	13,66	4,420	18,645	0,000	0,104
	Neutra	15,86	3,027			
	Positiva	16,87	3,292			
Afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción	Negativa	14,43	5,053	13,601	0,000	0,078
	Neutra	16,88	3,912			
	Positiva	17,88	3,904			
Afrontamiento pasivo	Negativa	4,55	2,087	0,805	0,448	0,005
	Neutra	4,28	2,150			
	Positiva	4,13	2,262			
Afrontamiento evitativo	Negativa	1,84	1,155	12,446	0,000	0,072
	Neutra	1,40	1,155			
	Positiva	0,97	1,122			

Abreviaturas: F= Coeficiente de Fisher; Sig.= Nivel de significación; Eta²= Proporción de la varianza explicada por la variable independiente
Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas realizadas a los pacientes.

que tenían una actitud negativa consideró lo contrario. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2 = 5,874$ y $p = 0,053$; $X^2 = 13,656$ y $p = 0,008$; $X^2 = 17,709$ y $p = 0,001$; $X^2 = 11,498$ y $p = 0,022$, respectivamente).

La mayoría de los pacientes con actitud positiva dijo que su familia siempre los apoyaba en el cuidado de la salud (77,2%), que no se fastidiaba por la dieta o cuidados especiales que debía realizar (84%) y que su autoridad en la familia era igual que antes (86,1%). Por su parte, una importante proporción de los que presentaban una actitud negativa consideró lo contrario. Las diferencias resultaron significativas desde un punto de vista estadístico ($X^2 = 17,288$ y $p = 0,002$; $X^2 = 40,867$ y $p = 0,000$; $X^2 = 11,724$ y $p = 0,020$, respectivamente). Un 40% de las personas de nivel medio-alto y un 39,2% de las de nivel medio presentaron una actitud positiva, mientras que un 26,9% de las de nivel bajo mostró una actitud negativa hacia la diabetes, siendo también estas diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 10,446$ y $p = 0,034$).

Cuanto más tendió la actitud a ser neutra o positiva hacia la enfermedad, mejores fueron las prácticas de autocuidado en general (45,93 y 45,25 versus 39,32) y, en particular, las referidas a dieta (17,21 y 17,40 versus 15,36), a medicación y autoexámenes (6,43 y 6,59 versus 5,59) y a ejercicios físicos (7,68 y 6,99 versus 4,48). En ningún caso existieron diferencias estadísticamente significativas entre la actitud positiva y la neutra.

Según las estrategias de afrontamiento utilizadas, se realizaron análisis de correlación. Las personas que valoraban la situación como desafío presentaron un mayor cumplimiento de las prácticas de autocuidado en general ($r = 0,37$) y también, de manera específica, en cuanto a dieta ($r = 0,25$), a medicación y autoexámenes ($r = 0,23$), a ejercicios físicos ($r = 0,30$) y a cuidado de los pies ($r = 0,24$). Asimismo, la valoración de la situación como amenazante o como irrelevante no estuvo asociada al grado de realización de las prácticas de autocuidado.

Distintos afrontamientos activos (cognitivo dirigido a la

TABLA 2. Análisis descriptivos y resultados del análisis de la varianza (Anova) de las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes según sus actitudes hacia la diabetes.

Práctica de autocuidado	Actitud hacia la diabetes	Media	Desvío estándar	F	Sig.	Eta ²
Dieta	Negativa	15,36	3,612	14,473	0,000	0,081
	Neutra	17,40	2,425			
	Positiva	17,21	2,651			
Medicación y autoexámenes	Negativa	5,59	2,296	7,344	0,001	0,043
	Neutra	6,59	1,557			
	Positiva	6,43	2,041			
Ejercicios físicos	Negativa	4,48	4,817	12,060	0,000	0,068
	Neutra	6,99	4,345			
	Positiva	7,68	4,313			
Cuidados de los pies	Negativa	13,89	3,543	1,428	0,241	0,009
	Neutra	14,27	2,684			
	Positiva	14,66	3,060			
Total de prácticas de autocuidado (en general)	Negativa	39,32	10,487	15,562	0,000	0,087
	Neutra	45,25	7,309			
	Positiva	45,93	8,612			

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas realizadas a los pacientes.

situación y a la emoción, conductual dirigido a la situación y a la emoción) se correlacionaron positivamente con las prácticas de autocuidado en general ($r = 0,26$ y $r = 0,37$, $r = 0,45$ y $r = 0,47$, respectivamente). Por el contrario, el afrontamiento evitativo se correlacionó inversamente con ellas ($r = -0,25$).

En cuanto a la comparación de los resultados según género, edad y tiempo de diagnóstico, no se observó una relación clara entre esos factores y las actitudes hacia la enfermedad, la valoración, el afrontamiento o las prácticas de autocuidado. Sólo resultaron significativas las diferencias por género en cuanto a medicación y autoexámenes, y el bajo nivel de error ($p = 0,072$) en la dimensión "ejercicios físicos" indicó que las mujeres tenderían a una mayor adhesión (ver Tabla 2).

Un 45,7% de las personas con un locus de control externo presentaron una actitud negativa hacia la enfermedad, mientras que un 31,9% de quienes mostraron un locus de control interno evidenciaron una actitud positiva. Las diferencias fueron estadísticamente muy significativas (ver Tabla 3).

Un nivel sociocultural medio-alto favorece la valoración de la situación como desafío, ya que ofrece mayores recursos para afrontarla. Mientras tanto, uno bajo promueve la valoración de la situación como irrelevante y el riesgo de actuar en consecuencia. Asimismo, las personas con un nivel medio-alto tienden en mayor medida (17,60) que las de nivel medio o bajo (15,77 y 15,42, respectivamente) a utilizar un afrontamiento conductual motor dirigido a la situación. Inversamente, las personas con un nivel socio-

TABLA 3. Frecuencias absolutas y porcentuales de las actitudes hacia la enfermedad según el tipo de locus de control predominante de los pacientes.

		Locus de Control		Total
		Interno	Externo	
Actitud hacia la diabetes	f*	53	21	74
	% de Locus de control	19,2%	45,7%	23%
	f*	135	18	153
	% de Locus de control	48,9%	39,1%	47,5%
Total	f*	88	7	95
	% de Locus de control	31,9%	15,2%	29,5%
		276	46	322
		100%	100%	100%

* Frecuencia absoluta (n)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas realizadas a los pacientes.

TABLA 4. Análisis descriptivos y resultados del análisis de la varianza (Anova) de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes, según su nivel sociocultural.

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

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas realizadas a los pacientes.

cultural bajo o medio tienden a usar más un afrontamiento de tipo pasivo o evitativo (ver Tabla 4).

La variabilidad de las prácticas de autocuidado en general se explica por el nivel sociocultural de los pacientes: los de nivel medio-alto (49,05) adhieren mejor a los tratamientos, seguidos por los de nivel medio (45,72) y los de nivel bajo (43,21), que son los que menor cantidad de conductas apropiadas realizan. Sin embargo, en el plano específico, sólo la dimensión "ejercicios físicos" presenta diferencias estadísticamente significativas en relación con el nivel sociocultural a favor de los niveles medio-alto (9,75) y medio (7,52) (ver Tabla 5).

DISCUSIÓN

Una actitud positiva favorece la valoración de la enfermedad como desafío. Esto promueve la aparición de estrategias activas de afrontamiento, más apropiadas para mejorar el cumplimiento de las pautas de autocuidado y prevenir las complicaciones de corto y largo plazo. Asimismo, según Washington y Wang Letzkus,²⁶ las creencias positivas y las

actitudes para el autocuidado de la salud deben ser tomadas en cuenta para poder instalar la idea del cuidado dentro del sistema de creencias del paciente.

La mayoría de los pacientes mostró un locus de control predominantemente interno, que se asocia a una actitud más positiva hacia la enfermedad porque implica algún grado de responsabilidad y un mayor control de la situación. En cambio, cuando la persona atribuye el problema a causas externas, favorece una actitud negativa. En coincidencia con los hallazgos de Rodríguez Marín y Neipp López,²⁷ los pacientes parecen predispuestos a asumir el control cuando consideran que esa actitud influirá en la situación resultante.

Respecto al ámbito laboral y familiar, la percepción favorable del apoyo social es más frecuente en aquellas personas que presentan una actitud positiva; y viceversa, es decir, el apoyo tiende a reflejarse en este tipo de actitud. De manera similar, Braitman *et al.*²⁸ encontraron que la falta de interlocutores para hablar de la diabetes y de temas relacionados deriva en una menor adhesión al autocuidado (principalmente dieta y ejercicio físico) y produce estados de ánimo

TABLA 5. Análisis descriptivos y resultados del análisis de la varianza (Anova) de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes según su nivel sociocultural.

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

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las encuestas realizadas a los pacientes.

negativos. Así, el apoyo social familiar y en el trabajo puede propiciar una actitud más positiva hacia la enfermedad y viceversa, en los pacientes diabéticos.

En cuanto a la influencia de las variables sociodemográficas, se comprobó que las actitudes y las estrategias de afrontamiento no dependen del género, la edad ni los años de diagnóstico, aunque las mujeres cumplen más las pautas vinculadas con la medicación y los autoexámenes.

Por último, las personas con un nivel sociocultural medio-alto tienen mayores recursos para valorar la situación como desafío y utilizar un afrontamiento activo, mientras que los de un nivel bajo tienden a valorar la situación como irrelevante y a utilizar afrontamientos pasivos o evitativos. Asimismo, la actitud hacia la diabetes y el nivel sociocultural están asociados: a mayor nivel, más positiva es la actitud, y viceversa.

Estos hallazgos muestran que la educación diabetológica tradicional resulta insuficiente para lograr una adhesión plena a los tratamientos, dado que sólo está relacionada con el componente cognitivo de la actitud. Cualquier intervención eficaz deberá considerar las estrategias de afrontamiento y los aspectos emocionales de la actitud de los pacientes, así como la potenciación de sus redes sociales de apoyo.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Ambiente, *Marco de Acción en Salud Ambiental*, 2007. [Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadi/fulltext/marco.pdf>]. [Último acceso: 4 de febrero de 2012].
- Fernández C, Pérez Álvarez M. Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC. *Manual de Evaluación en*

Es necesario efectuar intervenciones centradas en la comunidad con énfasis en las posibilidades (y no en las limitaciones) de la enfermedad para favorecer la percepción de control. Una posible estrategia consiste en implementar mecanismos más dinámicos de consulta que contemplen la psicoeducación de los pacientes.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La formación del personal de salud debe tener en cuenta la realidad social que viven los pacientes, dado que las indicaciones deben ser comprendidas para ser aceptadas y materialmente viables, favoreciendo la percepción de control sobre la situación.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Sólo una comprensión acabada de la relación entre conductas (afrontamiento y adhesión) y consecuencias (síntomas y complicaciones) permite a los pacientes tener una actitud positiva y una percepción de control (locus interno) sobre su calidad de vida. Sería importante contrastar los hallazgos del presente estudio con los realizados en poblaciones sujetas a condiciones de vulnerabilidad y dificultades de acceso a los hospitales públicos.

Psicología Clínica y de la Salud, Madrid, Siglo XXI de España, 1996.

³ Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes. *Diabetes Care*, 2004; 27:1047-1053.

⁴ Surwit RS, Feinglos MN, Scovern AW. Diabetes and behavior: a paradigm for health psychology, *American Psychologist*, 1983; 38:225-262.

⁵ Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca,

1986.

⁶ Cano Vindel A, Miguel-Tobal JJ. Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 2001; 7(2/3):111-121.

⁷ Meichenbaum D, Turk DC. *Facilitating treatment adherence: a practitioners guidebook*. Nueva York, Plenum Press, 1987.

⁸ Podell RN, Gary LR. *Compliance: a problem in medical management*. American Family Physician, 1976; 13:74-80.

⁹ Dunbar JM, Stunkard AJ. Adherence to diet and drug regimen. En: Levy R, Rifkind B, Denis B, Ernst N (comps.). *Nutrition, lipids and coronary heart disease*. Nueva York, Raven Press, 1980.

¹⁰ Hayes E, McCahon C, Reeve Panahi M, Hamre T, Pohlman K. Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2008; 20(3):155-162.

¹¹ Amigó I, Fernández C, Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: I Amigó (ed.), *Manual de psicología de la salud*. Madrid, Pirámide, 1998; 229-70.

¹² Díaz L, Galán S, Fernández G. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 1993; 35(2):169-176.

¹³ Rubio Llorente F. *Derechos fundamentales y principios constitucionales (Doctrina jurisprudencial)*. Barcelona, Ariel, 2003.

¹⁴ Bazata D, Robinson JG, Fox K, Grandy S. Affecting Behavior Change in Individuals with Diabetes. Findings from the Study to Help Improve Early Evaluation and Management of Risk Factors Leading to Diabetes. *The Diabetes Educator*, 2008; 34(6):1025-1036.

¹⁵ Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1975.

¹⁶ Gordon PA, Benishke LA. The experience of chronic illness: Issues of loss and adjustment. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1996; 1(3):299-307.

¹⁷ Yanover T, Sacco WP. Reliability of diabetes-specific social support scales. *Psychology, Health & Medicine*, 2008; 13(5):627-631.

¹⁸ Misra R, Lager J. Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus *Journal of Diabetes & its Complications*, 2008; 22(3):217-223.

¹⁹ Sánchez Vidal A. *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas: Métodos de intervención*. Barcelona, PPU, 1991.

²⁰ Sluzki CE. *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, Gedisa, 1996.

²¹ Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph*, 1966; 80:1-28.

²² Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. [Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/1er_trim_2007/?menu_id=21300]. [Último acceso: 4 de febrero de 2012].

²³ Bail Pupko V, Azzollini SC. Informe final académico de beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Ministerio de Salud de la Nación, 2009.

²⁴ Leibovich de Figueroa NB, Schufer M. *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*, Buenos Aires, Eudeba, 2002.

²⁵ Azzollini S, González F. La televisión y los valores prosociales. En: Azzollini S, González F, Barbosa S, Coppa C, Ares M, Alonso de Ruffolo M. *La educación y el mensaje televisivo*. Buenos Aires, Fundación Navarro Viola, 1995, 127-142.

²⁶ Washington G, Wang Letzkus MF. Self care practices, health beliefs, and attitudes of older diabetic Chinese Americans, *Journal of Health and Human Services Administration*, Winter, 2009.

²⁷ Rodríguez Marín J, Neipp López MC. *Manual de Psicología Social de la Salud*, Madrid: Síntesis, 2008.

²⁸ Braitman AL, Derlega VJ, Henson JM. Social Constraints In Talking About Diabetes to Significant Others and Diabetes Self-Care: A Social-Cognitive Processing Perspective, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2008; 27(9):949-969.