
“ESTRÉS, AFRONTAMIENTO, EMOCIONES Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS”

“STRESS, COPING, EMOTIONS AND THERAPEUTIC ADHERENCE IN DIABETIC PATIENTS”

Investigadora Titular: Guadalupe Lizbeth Pedraza Banderas y Cynthia Zaira Vega Valero

Investigador Auxiliar: Carlos Nava Quiroz

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Mexico

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”¹
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 22 de Febrero de 2018

Aprobado: 18 de Octubre de 2018

Resumen

173

Este estudio tuvo por objetivo corroborar, en el contexto de la adherencia terapéutica, las relaciones establecidas teóricamente entre estrés, afrontamiento y emociones; así como identificar la posible relación de dichas variables con la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos, para ello se aplicó el Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento y la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica a 309 pacientes diabéticos. Los resultados permiten confirmar las relaciones teóricas establecidas; además de indicar que el estrés y las emociones se relacionan de manera baja y positiva con la adherencia terapéutica, presentando distintas combinaciones acorde al nivel de atención médica y que los puntajes de adherencia terapéutica son estadísticamente distintos en función del nivel de atención médica y el estilo de afrontamiento empleado, lo cual permite afirmar que cada nivel de atención médica tiene particularidades que involucran no sólo aspectos médicos y biológicos, sino también aspectos psicológicos.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, Afrontamiento, Emociones, Estrés, Pacientes Diabéticos.

¹ Correspondencia remitir a: psicoliz_unam@yahoo.com.mx Guadalupe Lizbeth Pedraza Banderas. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

¹Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

The purpose of this study was to corroborate, in the context of therapeutic adherence, the theoretically established relationships between stress, coping and emotions; as well as identify the possible relationship of these variables with the therapeutic adherence of diabetic patients, for this the Stress, Emotions and Coping Questionnaire and the Updated Version of The Therapeutic Adherence Scale were applied to 309 diabetic patients. The results confirm the established theoretical relationships; besides indicating that stress and emotions are related in a low and positive way with therapeutic adherence, presenting different combinations according to the level of medical attention and that the scores of therapeutic adherence are statistically different depending on the level of medical care and style of employee coping, which allows to affirm that each level of medical attention has particularities that involve not only medical and biological aspects, but also psychological aspects.

Keywords: Therapeutic Adherence, Coping, Emotions, Stress, Diabetic Patients.

Acorde a lo reportado en la literatura, los padecimientos crónicos - entre ellos la Diabetes Mellitus (DM)- constituyen un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004) debido a su alta prevalencia, sus elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, la alta presencia de factores de riesgo en población aún sana y el alto costo para su atención médica. Dicho fenómeno, a su vez, representa un reto para los proveedores de salud (Pelechano, 2005) dado que se reconoce que mediante cambios en el estilo de vida y la ejecución de conductas saludables las tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad disminuir.

Ante la presencia de padecimientos crónicos, la correcta adherencia es una variable determinante ya que ésta “tiene un papel protector ante la enfermedad, contribuye a que no progrese, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud” (Martín & Grau, 2004, p.92).

No obstante, con frecuencia se identifican fallas en conductas de adherencia y bajas tasas de respuesta en muestras de enfermos crónicos, por ejemplo, en pacientes diabéticos

Ortiz (2008) identificó que sólo el 10% de los adolescentes participantes presentaron buen control metabólico; mientras que en estudios con muestras de adultos se reportaron niveles de hemoglobina glicosilada superiores a los que refieren buen control, lo cual indica problemas de adherencia (Camarillo, 2012; Gutiérrez-Angulo, Lopetegi-Uranga, Sánchez-Martín & Garaigordobil-Landazabal, 2012).

Es reconocido que la adherencia terapéutica está determinada por múltiples factores (OMS, 2004) entre ellos, las variables psicológicas. En el ámbito de la Psicología existe un consenso en cuanto a que percibir apoyo social (DiMatteo, 2004; La Rosa, Martín & Bayarre, 2007; Torres & Piña, 2010) y reportar una alta percepción de autoeficacia (Álvarez & Barra, 2010; La Rosa et al., 2007).

Se relacionan con altos niveles de adherencia; sin embargo, existen otras variables que no se han explorado y que teóricamente pueden aportar al estado del conocimiento sobre la adherencia, tal es el caso del estrés, su afrontamiento y las emociones.

Tras revisar la literatura de los diez años recientes se identificó que no existen estudios que involucren a las tres variables antes citadas de manera conjunta, sólo diez investigaciones se han desarrollado con la finalidad de identificar la posible relación entre el estrés y el afrontamiento con la adherencia de pacientes con enfermedades crónicas. Los resultados indican que el estrés crónico caracteriza a los pacientes deprimidos y poco adherentes (Bottonari, Safren, McQuaid, Hsiao & Roberts, 2010); que a mayor estrés (Ortiz, 2006; Ortiz, Ortiz, Gatica & Gómez, 2011), mayor empleo de estrategias de modo evitativo, modo centrado en la emoción y expresión emocional (Ortiz, 2006) se presentan bajos niveles de adherencia; en caso contrario, los altos niveles de adherencia se relacionaron con el empleo de afrontamiento centrado en la acción (Pérez, 2009; Vélez, 2010).

Otros datos relevantes indican que quienes presentan un afrontamiento centrado en la acción reportan mayor ejecución de seguimiento de dieta y ejercicio, niveles adecuados de glucosa en sangre y mayor nivel de conocimiento sobre la enfermedad (Smalls et al., 2012); lo cual sugiere que el afrontamiento centrado en la acción favorece la presencia de conductas de adherencia.

Otros datos que sustentan lo anterior indican que los participantes con bajos niveles de adherencia emplean con mayor frecuencia las estrategias de evitación cognitiva, descarga emocional y búsqueda de apoyo, mientras que quienes presentan niveles medios recurren al análisis lógico, la solución de problemas y la búsqueda de apoyo (Ahumada, Escalante & Santiago, 2011); en otro estudio se muestra que el afrontamiento, en distintas tipologías, es una variable predictora de la adherencia en pacientes con DM (véase Julien, Senécal & Guay, 2009).

Finalmente, en cuanto a las emociones se identificó que estas figuran de manera aislada en la literatura, a pesar de ello contribuyen al conocimiento respecto a los estados de enfermedad, por ejemplo, Peyrot et al. (2005) mencionan que cuando las personas son informadas sobre el padecimiento de una enfermedad, experimentan emociones negativas, o bien, atraviesan por distintas fases emocionales pasando de un estado de incredulidad, enojo, sentimientos hostiles hacia los demás, depresión y aislamiento hasta llegar a la búsqueda de apoyo especializado y redes de apoyo (Chapa & Flores, 2006), por tanto, se considera necesario explorar - en conjunto- el estrés, afrontamiento y las emociones ante la adherencia.

El modelo transaccional de Lazarus (2000) representa una propuesta teórica ante el estudio de tales variables.

Dentro de las afirmaciones derivadas de dicho modelo se destacan tres, la primera enuncia que “el afrontamiento está condicionado únicamente a situaciones de estrés”, por tanto, si una situación no es valorada como estresante, el afrontamiento no tendría lugar; la segunda involucra al estrés y las emociones, mencionando que “si hay estrés también están presentes las emociones, y... muchas veces también existe esta relación a la inversa, es decir, cuando las emociones están presentes, incluso aquellas de tono positivo, a menudo también se produce estrés, aunque no siempre” (Lazarus, 2000, p.46-47), la tercera aborda a los tipos o modos de afrontamiento, los cuales son dos: el primero es centrado en la acción y se caracteriza por ser actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema y el segundo se denomina dirigido a la emoción, son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.

Teóricamente, “tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro” (Lazarus & Folkman, 1991, p.176).

Considerando que el padecimiento de una enfermedad es un evento susceptible a ser valorado como estresante; que la presencia de estrés se asocia con una amplia variedad de consecuencias negativas tales como depresión, ansiedad y síntomas físicos (Folkman & Tedlie, 2000; Nakahara et al., 2006; Pieterse et al., 2007).

Además de aumentar el riesgo de que el organismo desarrolle o agrave algunas enfermedades (Martínez, Vega, Nava & Anguiano, 2010); que el afrontamiento está asociado con la adherencia (Ortiz, 2006; Pérez, 2009; Smalls et al., 2012; Vélez, 2010) e incluso permite establecer predicciones (Julien et al., 2009) y que la “la emoción amplía la riqueza de lo que puede decirse sobre los esfuerzos de adaptación” (Lazarus, 2000, p.45), se tuvo por objetivo corroborar, en el contexto de la adherencia terapéutica, las relaciones establecidas teóricamente entre estrés, afrontamiento y emociones; así como identificar la posible relación de dichas variables con la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos, en los distintos niveles de atención médica.

Método

Participantes

En este estudio participaron voluntariamente 309 pacientes diabéticos, de los cuales el 65% son mujeres y el 35% hombres; cuyas edades oscilan entre los 23 y 89 años ($\bar{x}=56.37$, $s=13.65$); 52.4% reciben atención médica a nivel primario, 26.2% a nivel secundario y el 21.4% restante a nivel terciario.

Instrumentos

Se utilizó el *Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento* ([CEEA]; Vega, Muñoz, Berra, Nava & Gómez, 2012). Consta de 27 reactivos que indagan el nivel de estrés, las estrategias de afrontamiento empleadas, y la intensidad experimentada de 14 emociones, ante dos tipos de situaciones: estresantes y placenteras.

El primer reactivo consiste en la descripción de un evento estresante; posteriormente se requiere que evalúe en una escala de 1 a 10 qué tan estresante fue ese evento, enseguida se describe las estrategias empleadas ante dicho evento, así mismo, se le presentan las emociones ordenadas en dos columnas, solicitando que califique la intensidad experimentada mediante una escala de cuatro puntos, donde 0 corresponde a "Nada" y 3 a "Mucho", este proceso se repite ante una situación placentera. En su versión original la escala presentó un índice de confiabilidad aceptable ($\alpha=.847$).

Otro instrumento empleado fue la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica, ([VAEAT]; Pedraza, Vega & Nava, 2018). Consta de 30 reactivos, con opción de respuesta en escala tipo likert de 6 puntos, donde 1 corresponde a "Nunca" y 6 a "Siempre", los cuales dan lugar a tres factores: 1. Atención médica, 2. Cambios en el estilo de vida y 3. Barreras ante la medicación.

En el presente estudio se obtuvo una fiabilidad adecuada, tanto de la escala en general ($\alpha=.874$), como por factor: F1 Atención médica ($\alpha=.880$), F2 Cambios en el estilo de vida ($\alpha=.805$) y F3 Barreras ante la medicación ($\alpha=.782$).

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se efectuó considerando las pautas éticas expuestas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). Las pruebas fueron aplicadas, por la investigadora principal, de manera individual, siendo los escenarios las salas de espera de diferentes instituciones de salud.

Una vez obtenidos los datos, se creó una base en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por su acrónimo en inglés, versión 24) y se solicitaron las pruebas estadísticas necesarias (análisis descriptivos, pruebas de correlación de Pearson y la prueba ANOVA).

Para analizar los resultados del estudio, se dividió a la muestra en tres grupos, los cuales corresponden a los distintos niveles de atención médica recibida, planteados por el Sistema Nacional Integrado de Salud (2006). De este modo el **grupo A** -nivel de atención primaria- se conformó por pacientes que contaban con diagnóstico y tratamiento médico respecto a la DM -desde por lo menos seis meses antes del estudio- cuya atención es de carácter ambulatorio, es decir, únicamente acuden a citas de vigilancia de control ($n=162$); el **grupo B** - nivel de atención secundaria- por pacientes que presentaban diagnóstico y tratamiento que atañe a dos o más enfermedades crónicas (incluida la DM) y cuya atención requiere hospitalizaciones intermitentes ($n=82$); mientras que el **grupo C** -nivel de atención terciaria- por pacientes que presentaban cuadros de descontrol severo, tales como discapacidad visual, amputaciones y/o tratamientos sustitutivos de función renal ($n=65$).

Resultados

El evento estresante más altamente reportado tiene relación con el padecimiento de la DM (33.7%), seguido de eventos relacionados con el trabajo (16.8%) y con la familia (16.2%); el nivel de estrés reportado fue bajo en el 9.4% de los casos, medio en el 22.3% y alto en el 68.3% ($\bar{x}=2.58$, $s=0.65$).

En lo relativo al tipo de afrontamiento, los resultados indican que en cada nivel de atención médica el tipo de afrontamiento predominante es distinto: en el nivel primario, cuando los pacientes están controlados y acuden sólo a consultas ambulatorias, el 37.9% emplea un estilo de afrontamiento mixto, es decir, ejecutan acciones dirigidas a resolver el problema y regulan las respuestas emocionales; los participantes pertenecientes al nivel de atención médica secundaria, los cuales presentan enfermedades comórbidas y otros signos de descontrol, recurren en mayor medida al afrontamiento centrado en la acción (42%), es decir, efectúan acciones dirigidas a modificar

la situación que genera estrés; mientras que los pertenecientes al nivel de atención terciaria afrontan sus eventos estresantes, centrándose únicamente en la descarga emocional (34.6%).

Los análisis de correlación permitieron identificar relaciones bajas, positivas, estadísticamente significativas y distintas en función del nivel de atención médica, las cuales involucran al estrés y las emociones. Aquellas personas que sólo padecen DM y se atienden únicamente en consulta ambulatoria, los puntajes de adherencia se relacionan con el nivel de estrés y cinco emociones (véase Tabla 1).

Tabla 1.

Análisis de correlación de Pearson en el nivel primario de atención médica

	Puntaje Total de Adherencia	Factor 1. Atención médica	Factor 2. Cambios en el estilo de vida	Factor 3. Barreras ante la medicación
Nivel de estrés				.266**
Esperanza (evento estresante)	.166**	.229**		
Tristeza (evento estresante)	.178*			
Alivio (evento placentero)	.162*	.193*		
Amor (evento placentero)	.225**	.244**	.172*	
Esperanza (evento placentero)		.207**		
Gratitud (evento placentero)		.167*		

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral) ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

En aquellos pacientes pertenecientes al nivel secundario de atención médica, los cuales presentan diagnóstico y tratamiento que atañe dos

o más enfermedades crónicas y cuya atención requiere hospitalizaciones intermitentes la adherencia se asocia con experimentar tres emociones (véase Tabla 2).

Tabla 2.*Análisis de correlación de Pearson en el nivel secundario de atención médica*

	Puntaje Total de Adherencia	Factor 1. Atención médica	Factor 2. Cambios en el estilo de vida	Factor 3. Barreras ante la medicación
Esperanza (evento estresante)	.321**	.300**	.284*	
Alivio (evento estresante)			.246*	
Ansiedad (evento estresante)			-.236*	
Esperanza (evento placentero)	.309**	.317**	.255*	

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral) ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

Mientras que en el nivel terciario de atención médica, en el cual se atienden personas que presentan cuadros de descontrol severo, tales como discapacidad visual,

amputaciones y/o tratamientos sustitutivos de función renal, la adherencia se asocia con cuatro emociones (véase Tabla 3).

Tabla 3.*Análisis de correlación de Pearson en el nivel secundario de atención médica*

	Puntaje Total de Adherencia	Factor 1. Atención médica	Factor 2. Cambios en el estilo de vida	Factor 3. Barreras ante la medicación
Esperanza (evento estresante)				.280*
Amor (evento estresante)				.244*
Felicidad (evento placentero)				.252*
Gratitud (evento placentero)	.263*			.316**
Esperanza (evento placentero)			.297*	

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral) ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

Los análisis de comparación (ANOVA) permitieron identificar que el puntaje obtenido en el Factor 3. Barreras ante la medicación es estadísticamente distinto acorde al nivel de atención médica, siendo los participantes pertenecientes al grupo C - nivel terciario de atención médica-.

Los que reportaron mayor porcentaje, lo cual indica que cuando los pacientes diabéticos ya presentan complicaciones severas derivadas de cuadros prolongados de descontrol, cuya posibilidad de mejora es muy baja, tienden a modificar la medicación indicada, por ejemplo, ingieren cantidades menores, suspenden medicamentos cuando los síntomas desaparecen o cuando estos les producen muchas molestias (véase Tabla 4).

Tabla 4.*Análisis ANOVA acorde a nivel de atención médica recibida*

	Variabes	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntaje total Ad.	Entre grupos	177.805	2	88.903	.172	.842
	Dentro de grupos	158611.263	306	518.337		
	Total	158789.068	308			
Factor 1.	Entre grupos	275.738	2	137.869	.818	.442
	Dentro de grupos	51557.492	306	168.489		
	Total	51833.230	308			
Factor 2.	Entre grupos	140.555	2	70.277	.996	.370
	Dentro de grupos	21581.898	306	70.529		
	Total	21722.453	308			
Factor 3.	Entre grupos	626.118	2	313.059	5.578	.004
	Dentro de grupos	17173.520	306	56.123		
	Total	17799.638	308			

Elaboración propia con datos de campo

También se identificó que acorde al tipo de afrontamiento empleado, los puntajes de adherencia son distintos. Tal como se aprecia en la Tabla 5, los resultados indican que aquellos pacientes que emplean el estilo de afrontamiento centrado en la acción, el cual incluye todos los comportamientos dirigidos a modificar

el evento que genera estrés, presentan mayores puntuaciones, tanto en la adherencia total, como en el Factor 1 Atención médica, lo que indica que presentar dicho estilo de afrontamiento resulta benéfico ante el padecimiento de una enfermedad, dado que se ejecutan en mayor medida conductas denominadas saludables.

180

Tabla 5.*Análisis de ANOVA acorde a estilos de afrontamiento*

	Variabes	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntaje total Ad.	Entre grupos	4695.538	3	1565.179	3.098	.027
	Dentro de grupos	154093.530	305	505.225		
	Total	158789.068	308			
Factor 1.	Entre grupos	2061.977	3	687.326	4.212	.006
	Dentro de grupos	49771.253	305	163.184		
	Total	51833.230	308			
Factor 2.	Entre grupos	105.171	3	35.057	.495	.686
	Dentro de grupos	21617.282	305	70.876		
	Total	21722.453	308			
Factor 3.	Entre grupos	290.269	3	96.756	1.685	.170
	Dentro de grupos	17509.369	305	57.408		
	Total	17799.638	308			

Elaboración propia con datos de campo

Discusión

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el padecimiento de una enfermedad es un evento susceptible a ser valorado como estresante (Martín & Grau, 2004), que la mayoría de los pacientes diabéticos presenta altos niveles de estrés y que, en este estudio, la presencia de estrés favorece la adherencia ante la medicación, esto último debido a que se identificó que en la medida que se experimenta estrés, se evita cometer modificaciones al tratamiento indicado, por ejemplo, suspenderlo si no se percibe mejoría, si se presentan muchas molestias y/o si este es muy costoso.

En cuanto al afrontamiento, los resultados identificados en el presente estudio no muestran correlaciones estadísticamente significativas entre este y la adherencia, como es el caso de otros estudios realizados con pacientes diabéticos (véase Ortiz, 2006; Smalls et al., 2012).

Los resultados obtenidos indican que los estilos de afrontamiento “se interfieren entre sí” (Lazarus & Folkman, 1991, p.176), es decir, que las personas responden, de forma simultánea, tanto conductual, como emocionalmente ante eventos estresantes; además la manera de afrontar es diferente acorde al nivel de atención médica recibida, este último dato resulta relevante dado que no existen reportes en la literatura de esta índole que permiten aproximarse a las realidades que se viven en los distintos niveles de atención médica, los cuales están en consonancia con distintos momentos del padecimiento de la DM.

En el nivel primario, cuando se recibe diagnóstico de DM, se acude a citas para control y la atención es ambulatoria, las personas tienden a ejecutar comportamientos que modifican el problema o fuente de estrés, lo cual se acompaña con la descarga o expresión de emociones; en el siguiente nivel de atención, el secundario, cuando el padecimiento se ve acompañado de otras enfermedades y tienen lugar períodos breves de hospitalizaciones, la mayoría de los pacientes sólo efectúan comportamientos y guardan para sí su estado emocional; mientras que ante la presencia de complicaciones severas e incluso incapacitantes, como puede ser pérdida de la visión y/o amputaciones, el afrontamiento predominante sólo consiste en la expresión de emociones.

En consonancia con lo anterior, pero en el tenor de las emociones, los resultados obtenidos son congruentes con la clasificación y definición propuestas en el modelo transaccional (véase Lazarus, 2000) y también indican que en cada nivel de atención médica existen particularidades. Los participantes que reciben atención a nivel primario, reportaron experimentar alivio, esperanza, tristeza, gratitud y amor. Las primeras tres emociones son provocadas por condiciones vitales desfavorables; el alivio tiene lugar tras la cesación de una desgracia, una condición frustrante, amenazante o de la cual se desee liberarse; la esperanza es un estado mental en el que el resultado positivo no se ha producido aún, pero es lo que se desea; la tristeza tiene como núcleo experimentar una pérdida irrevocable; mientras que la gratitud consiste en apreciar lo recibido y el amor tiene como tema relacional el deseo o participación en el afecto que normalmente es recíproco (véase Lazarus, 2000).

Por tanto, los resultados indican que desde sus inicios, el padecimiento de la DM, es considerado como un evento desfavorable y que las emociones establecidas teóricamente ante tales eventos han sido experimentadas por los participantes de la muestra.

En el nivel secundario de atención médica, sólo figuraron la esperanza, el alivio y la ansiedad; sobre la ansiedad se menciona que se centra en la seguridad personal y en cuestiones referidas a la vida y la muerte, por tanto los resultados indican que las personas pertenecientes a dicho nivel, experimentan emociones que tienen lugar en eventos desfavorables así como sensaciones relacionadas con la vida y la muerte. Mientras que en el nivel terciario de atención médica, los participantes muestran gratitud, esperanza, expresan amor y felicidad.

Considerando los resultados obtenidos se concluye que en efecto, las afirmaciones derivadas del modelo transaccional (Lazarus, 2000) que se retomaron en el presente, se cumplen cabalmente en el contexto de la adherencia terapéutica: hay presencia de estrés, el cual se afronta mediante el estilo dirigido a la acción, a la emoción y en una combinación de estos y están presentes emociones de todas las categorías que se proponen, las cuales son: desagradables, existenciales, empáticas, las provocadas por condiciones vitales favorables y desfavorables.

Con base en lo anterior, el presente estudio proporciona más allá de evidencia teórica sobre el modelo empleado; aporta al estado del conocimiento sobre la adherencia mostrando que el estrés, el afrontamiento y las emociones son variables que pueden contribuir ante el problema de las fallas de la adherencia; además de representar evidencia sobre la necesidad de implementar intervenciones y/o programas dirigidos a modificar los niveles de adherencia, involucrando a dichas variables y considerando que cada nivel de atención médica tiene particularidades que involucran no sólo aspectos médicos y biológicos, sino que también psicológicos. Tomando en cuenta que este estudio es pionero, dado que hasta el momento de su realización no había publicado ningún estudio que involucrara las variables: estrés, afrontamiento, emociones y adherencia terapéutica, se recalca la necesidad de realizar más investigaciones al respecto, para tener datos que confirmen o no, los obtenidos en el presente.

Referencias

- Ahumada, M. Escalante, E. & Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH / SIDA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15 (1), 55-70. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a02.pdf>.

- Álvarez, E. & Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 16 (3), 63-72. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300008>.
- Bottonari, K. A., Safren, S.A., McQuaid, J. R., Hsiao, B. & Roberts, J. E. (2010). A longitudinal investigation of the impact of life stress on HIV treatment adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 33 (6), 486-495. doi: 10.1007 / s10865-010-9273-9.
- Camarillo, G. (2012). *Grado de apego en el tratamiento en pacientes diabéticos adscritos a la unidad médico familiar número 66 del IMSS y sus creencias sobre el uso de terapias alternativas y complementarias*. (Tesis de maestría en salud pública). Universidad Veracruzana Xalapa, Veracruz, México. pp.119.
- Chapa, A. & Flores, M. (2006). Impacto del VIH / Sida en personas portadoras y con la enfermedad: análisis procesual de su representación. *Revista Humanitas*, 3 (3), 46.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(2), 207-18. doi: 10.1037 / 0278-6133.23.2.207.
- Folkman, S. & Tedlie, J. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current directions in psychological science*, 9 (4), 115-118. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1467-8721.00073>.
- Gutiérrez-Angulo, M., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martín, I. & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista Calidad Asistencial*. 27 (2), 72-77. doi:10.1016/j.cali.2011.09.008.
- Julien, E., Senécal, C. & Guay, F. (2009). Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14 (3), 457-470. doi: 10.1177 / 1359105309102202.
- La Rosa, Y., Martín, L. & Bayare, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14 (1), 89-99. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/sicysalud/article/view/869>.
- Martínez, L., Vega, C., Nava, C., & Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (1), 186-202. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/16915>.
- Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H. & Kuboki, T. (2006). Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with type 2 diabetes. *Psychosomatics*, 47 (3), 240-246. doi: 10.1176/appi.psy.47.3.240.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=18722&Itemid=270&lang=es
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24 (2), 139-148. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524203>.
- Ortiz, M. (2008). Estabilidad de la adherencia al tratamiento en una muestra de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 71-80. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100006>.
- Ortiz, M, Ortiz, E., Gatica, A. & Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 5-11. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 3-14. Recuperado de [http://www.aepp.net/arc/01.2005\(1\).Pelechano.pdf](http://www.aepp.net/arc/01.2005(1).Pelechano.pdf).
- Pérez, M. (2009). *Relación de ansiedad, depresión, afrontamiento y adherencia a la quimioterapia oral en pacientes con cáncer de mama: un estudio piloto*. (Tesis de licenciatura). México: México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Peyrot, M., Rubin, R., Lauritzen, T., Snoek, F., Matthews, R. & Skovlund, E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: Results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. *Diabetic Medicine*, 22, 1379-1385. doi: 10.1111/j.1464-5491.2005.01644.x.

- Pieterse, K., Van Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, M., Rijnsburger, J., De Koning, J., Klijn, M., Van Elderen, T., Tibben, A. & Duivenvoorden, J. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology*, 16 (9), 851-858. doi: 10.1002 / pon.1135.
- Smalls, B., Walker, R., Hernández-Tejeda, M., Campbell, J., Davis, K. & Egede, L. (2012). Associations between coping, diabetes knowledge, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 34, 385–389. doi: 10.1016 / j.genhosppsych.2012.03.018.
- Sistema Nacional Integrado de Salud. (2006). Niveles de complejidad en la atención sanitaria. Colombia: Planeta.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo* (Cuarta edición). México: Trillas.
- Torres, M. & Piña, J. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, 28 (1), 45-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100005>.
- Vega, C. Z., Muñoz, S., Berra, E., Nava, C. & Gómez, G. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: propuesta del cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento (CEEAA). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (3), 1051-1073. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num3/Vol15No3Art14.pdf>.
- Vélez, E. (2010). *Representaciones de la insuficiencia renal crónica; afrontamiento y adherencia al tratamiento*. Tesis doctoral publicada. Madrid: España. Universidad de Alcalá.