



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**ANSIEDAD RASGO Y RECURSOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES TIPO II**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica
que presenta la Bachiller:

ANA VANESSA LOSTAUNAU CALERO

MÓNICA CASSARETTO

Asesora

Lima 2013

AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar este trabajo de investigación a mi madre, quien nunca se cansó de preguntarme diariamente cómo iba mi tesis y para cuándo la tendría, hasta que por fin la terminé. Mamá, va para ti.

También quiero agradecerle enormemente a Mónica Cassaretto, mi asesora, por acogerme cuando me quedé sin alguien que pudiera guiarme en este proceso. Gracias por tu valioso tiempo, tu compromiso, tu ayuda, tus recomendaciones, tu gran paciencia y sobre todo por hacer que sienta desde el principio, que este trabajo de investigación era valioso y realizable cuando lo sentía tan complicado e imposible de hacer, dándome cuenta con el pasar de los días de que al fin lo llegaría a concluir. No tienes idea cuánto significa para mí.

A Pamela, por ayudarme con mi abstract y por estar pendiente de cómo iba mi tesis; y a mi papá, que se pondrá contento una vez que termine este proceso.

A Eliana por su valiosa ayuda para conseguir la muestra para este estudio. A Laurita y Roxana por darme aliento en distintos momentos de la elaboración de mi tesis.

A Clau, por hacerme barrita en este proceso mientras voy culminando otro trabajo de investigación con ella. Gracias por entender la premura de los últimos días de la elaboración de mi tesis y tratar de entender los resultados de nuestro trabajo lo mejor posible, así como por ofrecerte a poner lindo mi ppt.

Gracias a todas las personas que estuvieron involucradas conmigo durante el desarrollo de mi tesis.

RESUMEN

Ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II

La ansiedad rasgo y los recursos de afrontamiento han demostrado tener repercusiones significativas en la vivencia de la diabetes tipo II, es por ello que el presente estudio tiene como objetivo conocer la relación entre ambas variables psicológicas en un grupo de pacientes con el diagnóstico de diabetes tipo II. La muestra se encuentra conformada por 65 participantes entre 40 y 80 años provenientes de un hospital de Lima Metropolitana a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Inventario de Recursos de Afrontamiento en la versión adaptada de Valdez (1999). Los resultados mostraron correlaciones inversas y significativas entre la ansiedad rasgo y los recursos cognitivos ($r=0.33$, $p<.05$), recursos sociales ($r=.30$, $p<.05$) recursos físicos ($r=.26$, $p<.05$), y el puntaje global de los recursos de afrontamiento ($r=.29$, $p<.05$). Los resultados demuestran una importante relación entre ambas variables, lo cual contribuye en el conocimiento acerca del funcionamiento de estos pacientes.

Palabras clave: *Ansiedad rasgo, recursos de afrontamiento, diabetes tipo II*

ABSTRACT

Trait anxiety and coping resources in patients with Type II diabetes

It has been demonstrated that trait anxiety and coping resources have significant repercussions in type II diabetes. The objective of this study is to become aware of the relation between both psychological variables in a group of patients with a type II diabetes diagnosis. The sample group is made up by 65 participants, between 40 and 80 years of age, from a hospital in Metropolitan Lima, and who took the Trait scale of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Coping Resources Inventory in adapted version of Valdez (1999). The results showed inverse and important correlations between the trait anxiety and the cognitive coping resources ($r=0.33$, $p<.05$), social coping resources ($r=.30$, $p<.05$) physical coping resources ($r=.26$, $p<.05$), and the global score of the coping resources ($r=.29$, $p<.05$). The results show an important relationship between both variables, which contributes to the knowledge on these patients function.

Keywords: *Trait anxiety, coping resources, type II diabetes*

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	11
Participantes	11
Medición	11
Procedimiento	14
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	39
A. Consentimiento informado	41
B. Tabla de las características de la muestra	43

Introducción

La diabetes es una enfermedad endocrina y metabólica caracterizada por la deficiencia en la secreción de insulina, en la acción de la misma (Amigo, Fernández & Pérez, 2003) o en ambas (American Diabetes Association [ADA], 2013).

La insulina es una hormona producida en el páncreas, la cual es esencial para el metabolismo de los tejidos. Se encarga de regular el azúcar en la sangre (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013), transformándola en energía. Sirve de combustible para las células del organismo (ADA, 2013) pues envía la glucosa (resultado de la transformación de los alimentos) hacia los músculos y el tejido adiposo (Amigo, et al., 2003).

A falta de insulina o de respuesta a la misma, la glucosa que no es eliminada en la orina, se acumula en la sangre y con el paso del tiempo, sus altos niveles (hiperglucemia) pueden dañar otros órganos del cuerpo (ADA, 2013). Por otro lado, cuando las células no logran alimentarse de la glucosa, estas mueren de hambre (Reynoso & Seligson, 2005) produciendo un estado de desnutrición que puede terminar en un coma diabético (Amigo, et al., 2003).

Existen, principalmente, dos tipos de diabetes, la diabetes tipo I y la diabetes tipo II. La diabetes tipo I o insulino-dependiente, se caracteriza por necesitar diariamente, un aporte de insulina exógena, ya que las células del páncreas no secretan insulina o lo hacen en cantidad insuficiente. Por su parte, en la diabetes tipo II o no insulino-dependiente, puede ocurrir que el páncreas tenga la capacidad de producir insulina; sin embargo, existe una resistencia celular a sus efectos (Amigo et al., 2003).

De acuerdo a cifras reportadas al 2012, a nivel mundial existe más de 371 millones de personas diagnosticadas con diabetes (International Diabetes Federation [IDF], 2013) en donde el 90% de los casos corresponde al tipo II (OMS, 2013). Es importante señalar que debido a que es una enfermedad silenciosa (Compeán, Gallegos, Gonzales & Gómez, 2010), el 50% de personas que padecen diabetes, no lo saben (IDF, 2013). En el caso de América Central y del Sur, las cifras muestran a 26 millones de personas que padecen diabetes y un 45.5% no es diagnosticada.

Esta enfermedad es una de las principales causas de muerte en el mundo; tanto en el 2004 como en el 2010 se estimó que 3.4 millones de personas murieron a causa de diabetes (OMS, 2013); mientras que para el 2012, la cifra aumentó a 4.8 millones de

personas a nivel mundial (IDF, 2013). En el Perú, la tasa de mortalidad alcanza el 12.3% (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007).

Por lo general, se asocia con una fuerte predisposición genética, sin embargo, entre los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes de tipo II se encuentran la obesidad y la falta de actividad física (ADA, 2004). Esta enfermedad suele aparecer a partir de los 40 años (IDF, 2013) y se presenta con mayor frecuencia en personas con hipertensión y dislipidemia (ADA, 2004). Las cifras al 2009 indican mayor prevalencia de diabetes de tipo II en personas de raza negra (12.6%) y en hispanos (11.8%) (ADA, 2011).

Los síntomas de la diabetes tipo II pueden ser similares a la de tipo I, pero a menudo son menos notorios; es por ello que puede ser diagnosticada varios años después de su inicio, luego de haber surgido complicaciones (OMS, 2013). Estos incluyen: orina frecuente, sed inusual, hambre constante, pérdida de peso, fatiga, irritabilidad, hormigueo/entumecimiento de manos y/o pies, visión borrosa, cortes o moretones que tardan en sanar, e infecciones frecuentes, sobre todo en la piel, las encías y la vejiga (ADA, 2013).

Las complicaciones a largo plazo en la diabetes incluyen retinopatía con la potencial pérdida de la visión; nefropatía, la cual lleva a insuficiencia renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras en los pies, amputaciones, y articulaciones de Charcot; y neuropatía autonómica que causa síntomas gastrointestinales, genitourinarios y cardiovasculares (ADA, 2004).

A nivel emocional, se ha demostrado que la diabetes puede exacerbar dificultades en el funcionamiento psicosocial, contribuyendo a la presencia de trastornos de alimentación y disfunción sexual (Petra, Herpertz, Albus, Hirsch, Kulzer & Kruse, 2005; Taylor, 2007). Asimismo, existen investigaciones que estudian la relación entre la diabetes tipo II y variables psicológicas tales como estrés (D'Arrigo, T., 2000; Goetsch, Wiebe, Veltum & Van Dorsten, B., 1990), depresión (Mezuk, et al., 2013; Whiting, Scammell, Gray & Schepers, 2006), ansiedad (Edwards & Mezuk, 2012), y la comorbilidad de las dos últimas (Khuwaja, Lalani, Dhanani, Syed, Rafique & White, 2010), debido a las repercusiones negativas que tienen sobre el nivel glucémico, ya que sus elevados niveles, empeoran el cuadro de diabetes.

La literatura científica sugiere que las enfermedades crónicas como la diabetes y su interferencia con la salud, son una fuente continua de estrés (White et al., como se citó en Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg & Bru, 2004) el cual es manifestado

emocionalmente a través de la ansiedad (Kohli, Batra & Aggarwal, 2011). Cabe resaltar la importancia de su estudio puesto que sus elevados niveles afectan la adherencia al tratamiento de la diabetes ya que las personas que la experimentan, tienen menor probabilidad de cumplir con las recomendaciones del cuidado de su salud debido a la dificultad que conllevaría cumplir con la imposición de las restricciones en el estilo de vida acostumbrado (Collins, Corcoran & Perry, 2008; Khuwaja et al., 2010; Taylor, 2007; Whiting et al., 2006; Wu, Huang, Liang, Wang, Lee & Tung, 2011).

Se conoce además, que el desarrollo de la ansiedad comórbida en las personas con diabetes no solo conduce a empeorar la enfermedad, generar complicaciones, promover incapacidad laboral, alterar la calidad de vida, sino que también se asocia con un mayor uso de los servicios de salud, en donde los costos de atención serán mayores (Khuwaja et al., 2010).

Los pacientes con diabetes tienen el doble de probabilidad de sufrir de ansiedad que la población general (Collins et al., 2008; Fisher, Skaff, Mullan, Arean, Glasgow & Masharani, 2008; Hermanns, Kulzer, Krichbaum, Kubiak & Haak, 2005), y debido a que suele ser más alta en mujeres que en hombres, el sexo femenino se encuentra en mayor riesgo para desarrollarla (Hermanns et al., 2005; Li, Barker, Ford, Zhang, Strine & Mokdad, 2008); además, son pocos los estudios que examinan específicamente la relación entre diabetes y ansiedad (Smith, et al., 2013; Edwards & Mezuk, 2012; Li et al., 2008).

En cuanto a la diabetes tipo II, existe evidencia que demuestra que, incluso después de controlar las variables relacionadas con la enfermedad, existe una relación bidireccional en la que, por un lado, este tipo de diabetes aumenta el riesgo de desarrollar ansiedad; y por el otro, esta aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo II (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002; McDade & Watson, 2011).

En ese sentido, algunas investigaciones se enfocan en estudiar a la ansiedad como un factor predictivo de riesgo de diabetes tipo II (Atlantis, Vogelzangs, Cashman, Penninx, 2012; Edwards & Mezuk, 2012), otras al revés, la diabetes tipo II como factor de riesgo para desarrollar problemas de ansiedad (McDade & Watson, 2011), la prevalencia de ansiedad en diabetes tipo II (Grigsby et al., 2002; Li et al., 2008), así como la relación entre ansiedad y conductas de autocuidado en este mismo tipo de enfermedad (Wu et al., 2011).

Entre los estudios más resaltantes se encuentra la investigación que estudia la ansiedad como factor predictivo de la diabetes tipo II; en ella, Atlantis y colaboradores

(2012) evaluaron durante dos años a 2460 participantes con y sin algún trastorno de ansiedad, que no tengan diabetes. Los resultados mostraron que las personas con algún trastorno de ansiedad tienen diez veces mayor probabilidad de desarrollar diabetes a los dos años en comparación de quienes no padecen algún trastorno de ansiedad.

La ansiedad es una emoción que aparece ante cualquier situación amenazante, considerándose una reacción de adaptación frente a un suceso estresante, teniendo como objetivo mejorar la capacidad de respuesta de la persona (Vallejo, 2005) al modular la formación de expectativas en respuesta a las demandas de la situación (Berggren & Derakshan, 2013).

Se define a partir de dos conceptos: ansiedad estado y ansiedad rasgo. La primera se define como una condición transitoria y emocional que es conscientemente percibida y en la que fluctúan sentimientos de tensión y aprensión en un momento dado, variando según la percepción de amenaza otorgada; mientras que la segunda se define como una característica estable en la personalidad, en la propensión a la ansiedad, afectando o determinando la aparición de la ansiedad estado debido a que sus niveles representan la tendencia que tiene una persona a percibir distintos estímulos como amenazantes (Endler & Parker, 1990; Spielberger, 1972; Spielberger & Diaz-Guerrero, 1975).

En otras palabras, la ansiedad rasgo es un constructo que refleja las diferencias individuales en la disposición de experimentar ansiedad estado. Quienes puntúan alto en ansiedad rasgo presentan una alta probabilidad de experimentar ansiedad estado como reacción al estrés (Rudaizky, Page & MacLeod, 2012).

Existen investigaciones que demuestran la relación entre ansiedad rasgo y diabetes tipo II. Zavala, Ríos, García y Rodríguez (2009) estudian el nivel de ansiedad rasgo en 97 pacientes adultos con enfermedad crónica, de los cuales, el 56% tiene diabetes tipo II; los resultados muestran un nivel moderado de ansiedad rasgo en el 92% de los pacientes.

Por otra parte, la investigación de Krzemińska, Wieczorek, Sitek y Zareba (2009) en la que estudian la ansiedad a la hipoglucemia y a la actividad física en adolescentes con diabetes tipo I, encuentra que el temor a la hipoglucemia se encuentra relacionado a la ansiedad rasgo, mas no con la ansiedad estado. A pesar de tratarse de diabetes tipo I, este resultado muestra la presencia significativa que tiene la ansiedad rasgo en la diabetes, lo cual sugeriría el estudio de otras variables que correspondan a su relación con la diabetes tipo II.

Adicionalmente a la ansiedad, la forma de enfrentar los retos que trae esta enfermedad tiene un efecto significativo sobre el control glucémico, los resultados del tratamiento y la calidad de vida (DeCoster & Cummings, 2004).

Es debido a ello que existe una importante línea de investigación que estudia el rol del afrontamiento en la diabetes. Por ejemplo, Sultan, Epel, Sachon, Vaillant y Hartemann-Heurtier (2006) estudian el afrontamiento como una variable que interviene en la relación entre la ansiedad rasgo y el control glucémico, a largo plazo, para la diabetes tipo I. Los análisis encuentran que el afrontamiento predice los resultados glucémicos, especialmente para los que puntúan alto en ansiedad rasgo. Estos hallazgos podrían ser equivalentes en un estudio con diabetes tipo II.

En consecuencia, la manera en cómo las personas con diabetes evalúan y afrontan las situaciones estresantes, está relacionada con su control metabólico (Delamater, Kurtz, Bubb, White & Santiago, 1987), por lo que la disminución en la percepción de recursos de afrontamiento, incrementará los niveles de estrés (Lazarus & Folkman, como se citó en Di Benedetto, Linder, Hare y Kent, 2007) generando respuestas ansiosas (Kohli et al., 2011) que perjudicarán sus valores glucémicos.

Los recursos de afrontamiento son definidos como características inherentes que permiten manejar eventos estresantes de manera efectiva (Hammer & Marting, 1988); son considerados precursores de la conducta (Wheaton, como se citó en Hammer & Marting, 1988) pues definen un potencial de acción (Gore, como se citó en Thoits, 1995) en el que su uso proporciona un mejor estado físico y emocional (Di Benedetto, et al., 2007).

Se les conoce como las capacidades de adaptación de un individuo, los cuales proporcionan inmunidad contra el daño que producen los eventos estresores (Baum & Singer, como se citó en Zeidner & Hammer, 1992) presentando poca intensidad de síntomas o una pronta recuperación de la exposición (Hammer & Marting, 1988). En ese sentido, sirven para mejorar la salud, para prevenir la enfermedad y/o tratarla mediante la cura o el control y rehabilitarla (Leventhal, Leventhal, & Contrada, como se citó en Searle, Norman, Thompson & Vedhara, 2007).

Hammer y Marting (1988) los clasifican en cinco tipos: recursos cognitivos, recursos sociales, recursos emocionales, recursos espirituales/filosóficos y recursos físicos.

Los recursos cognitivos son entendidos como la medida en que las personas mantienen un sentido positivo de valía personal, una actitud positiva hacia los demás, y un optimismo sobre la vida en general (Hammer & Marting, 1988).

Diferentes investigaciones estarían considerando como recursos cognitivos a diferentes variables psicológicas por repercutir favorablemente en el mantenimiento de la salud frente a enfermedades crónicas, estas son el autoestima (Porkiani, Yadollahi & Sadeghian, 2009), el locus de control interno (Anarte, Machado, Ruiz de Adana & Caballero, 2010; Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghdam & Tonekaboni, 2010), el sentido de coherencia y la autoeficacia. Estos dos últimos mantienen una relación negativa con la ansiedad rasgo (Al-Darmaki, 2005; Antonovsky & Sagy, 2001; Kaiser, Sattler, Bellack & Dersin, 1996; Schwarzer & Fuch, como se citó en Mystakidou, Tsilika, Parpa, Gogou, Theodorakis & Vlahos, 2010).

Los recursos sociales, son conocidos como el grado en que las personas se encuentran inmersas en redes sociales que puedan proveerle apoyo en momentos estresantes (Hammer & Marting, 1988).

Se conoce que el uso del soporte social permite enfrentar enfermedades crónicas como la diabetes (Karlsen et al., 2004). La literatura reporta que las personas que cuentan con mayores recursos sociales, enfrentan con mayor eficacia la diabetes, en relación a los que tienen menos recursos sociales. La investigación realizada por Fortmann, Gallo y Philis-Tsimikas (2011) estudia el soporte social y el control glucémico en 208 personas con diabetes tipo II de origen latino; ellos encuentran que los participantes que perciben mayor soporte social en el manejo de la diabetes, reportan mejor autocontrol de la enfermedad, lo cual se asocia a un control glucémico estricto.

Por su parte, la investigación realizada por Karlsen y colaboradores (2004) encuentran que el soporte social de los profesionales de la salud tiene un efecto directo en el bienestar general de los pacientes con diabetes tipo II.

Adicionalmente, existen otras investigaciones cuyos resultados apoyan la importancia del soporte social en la diabetes tipo II (Osborn & Egede, 2012; Tol, Baghbanian, Rahimi, Shojaeizadeh, Mohebbi & Majlessi, 2011; Youngshin, Hee-Jung, Hae-Ra, So-Youn, Soohyun & Miyong, 2012).

Los recursos emocionales miden el grado en que las personas son capaces de aceptar y expresar un rango de afectos, basados en que la respuesta emocional ayuda a aminorar las consecuencias negativas de estrés (Hammer & Marting, 1988).

Existen investigaciones que estudian los recursos emocionales a partir de la inteligencia emocional debido a que esta posee la habilidad de percibir y entender la información emocional, generando y regulando emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual, lo que a su vez, contribuye al éxito en las interacciones sociales pues logra responder eficazmente a las necesidades emocionales de los demás (Mayer & Salovey, como se citó en Liu & Prati, 2008).

Un artículo publicado por Martínez, Piqueras y Linares (2010) estudia los resultados de 48 importantes investigaciones que relacionan la inteligencia emocional con las condiciones de salud física y mental. Los autores llegan a la conclusión de que los niveles altos de inteligencia emocional se encuentran significativamente relacionados con una buena salud mental; asimismo, esta jugaría un rol moderador sobre los síntomas y enfermedades médicas. Este tipo de recurso resulta muy beneficioso cuando los pacientes tienen pocas opciones de cambiar su situación (Ridder & Kuijer, 2007).

La investigación realizada por Bektas, Tevfik, Muhittin y Fusun (2008) estudia los efectos de un programa de inteligencia emocional sobre la calidad de vida y bienestar de pacientes con diabetes tipo II. Antes de iniciar el programa no hubo diferencias entre calidad de vida, bienestar y los niveles de inteligencia emocional; sin embargo, a su término, la calidad de vida, el bienestar y la inteligencia emocional aumentaron en comparación al grupo control, manteniéndose tanto en el tercer como sexto mes de seguimiento, por lo que concluyen que el programa de inteligencia emocional estaría teniendo efectos positivos tanto en la calidad de vida como en el bienestar de los pacientes con diabetes tipo II.

Del mismo modo que ciertos recursos cognitivos, estudios como el del Connor y Slear (2009) estudian la relación entre inteligencia emocional y ansiedad en una muestra de 33 alumnos de posgrado, en la que encuentran una relación inversa y significativa entre inteligencia emocional y ansiedad rasgo.

Los recursos espirituales/filosóficos son entendidos como los valores derivados de la religión, cultura, tradición o filosofía individual que guían las acciones de cada persona (Hammer & Marting, 1988).

Un considerable número de investigaciones con varios grupos de pacientes diabéticos muestran que utilizar la espiritualidad como afrontamiento, reduce la ansiedad, la depresión, la desesperanza, y estimula las funciones psicológicas, la adaptación al proceso de enfermedad, la satisfacción de vida y la calidad de vida

(Tunkay, Musaback, Gok & Kutlu, 2008), lo cual resulta ser más beneficioso en pacientes con enfermedades que amenazan la vida (Büssing et al., 2006) debido al rol trascendental que posee (Büssing et al., 2009).

Por último, los recursos físicos hacen referencia a las acciones que involucran la promoción de conductas de salud que contribuyen al bienestar físico, el cual ayudaría a atenuar potencialmente los periodos de estrés que producen las enfermedades crónicas (Hammer & Marting, 1988).

García, Salcedo, Covamibias, Colunga y Milke (2004) realizan un estudio con pacientes con diabetes tipo II, en el cual se observa que, luego de seis meses de intervención con ejercicio físico, se lograron identificar cambios significativos en la presión arterial, glucosa en ayunas, pruebas de flexibilidad, fuerza, resistencia y conocimientos sobre el efecto del ejercicio en la diabetes de estos pacientes.

Adicionalmente, Asci (2003) realizó una investigación en la que participaron dos grupos, experimental y control, en el cual el grupo experimental se sometería a un programa de diez semanas de entrenamiento aeróbico. Se evaluó la ansiedad rasgo en tres momentos: antes, en la mitad y al final del programa. Las personas del grupo experimental mejoraron su actividad física y redujeron significativamente sus puntuaciones de ansiedad rasgo en comparación al grupo control.

En consecuencia, las personas que utilizan mayores recursos de afrontamiento al encontrarse bajo situaciones de gran estrés, tienen más probabilidades de mantenerse físicamente saludables (Hammer & Marting, 1988).

A pesar de que tanto la ansiedad rasgo como los recursos de afrontamiento se asocian con los niveles glucémicos, no han sido lo suficientemente estudiados de forma conjunta en personas que tengan alguna enfermedad crónica, particularmente en la diabetes. Un ejemplo es la investigación realizada por Di Benedetto y colaboradores (2007) quienes estudian ambos constructos en 81 pacientes coronarios. Ellos encuentran que los recursos de afrontamiento correlacionan significativamente de forma inversa con la ansiedad rasgo, principalmente los recursos cognitivos.

Estos hallazgos enfatizan la importancia y la necesidad de estudiar ambos constructos en una población de pacientes con diabetes tipo II pues permitirá identificar los mecanismos que contribuyen a generar un equilibrio en el manejo de la ansiedad,

Los recursos de afrontamiento se asocian con los niveles de ansiedad rasgo en enfermos crónicos, manteniendo una relación inversa que contribuye a un buen manejo de la enfermedad, evitando o retrasando complicaciones futuras (Di Benedetto, et al.,

2007). En ese sentido, podrían esperarse resultados similares en pacientes con diabetes tipo II, en donde ya existe evidencia de estudios que señalan la relación de la diabetes tipo II (medido a partir de los valores glucémicos) con la ansiedad rasgo, así como con los diferentes recursos de afrontamiento de forma independiente; sin embargo, la relación entre ambas variables psicológicas en pacientes con diabetes tipo II no ha sido aún estudiada.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo describir la posible relación entre los recursos de afrontamiento y la ansiedad rasgo en un grupo de pacientes con diabetes tipo II que asisten a un hospital de Lima Metropolitana. Para ello se diseñó un estudio en el que se relacionarán ambas variables a partir de la recolección de datos en un solo momento y en un solo grupo de pacientes. Asimismo, se plantea explorar las posibles diferencias entre las variables de estudio y sus condiciones sociodemográficas.





Método

Participantes

La muestra está compuesta por pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que asisten de manera voluntaria a escuchar charlas de educación en diabetes y cuidado de la salud, organizadas por el servicio de endocrinología de un hospital de Lima Metropolitana. La participación en la investigación se realizó con los pacientes que firmaron un consentimiento informado luego de que se les explicará el objetivo de la investigación, resaltando que era voluntaria y confidencial por ser anónima.

La muestra quedó conformada por 65 pacientes con edades que fluctúan entre los 43 y 80 años de edad ($M= 65.72$; $DE= 9.90$) y con un tiempo de diagnóstico que varía entre 1 y 34 años ($M= 7.29$; $DE= 7.25$).

A partir de la recolección de datos se obtiene que el mayor porcentaje de la muestra es de sexo femenino (72.3%), casados/as (76.9%), que viven en Lima (96.9%), de religión católica (84.6%) o pertenecen a otras religiones cristianas (15.4%), y con grado de instrucción superior (38.5%), seguido de secundaria completa (24.6%), secundaria incompleta (20.0%) y primaria completa (16.9%).

Las edades de los participantes pudieron ser reunidas en grupos entre los 43 a 49 años (6.2%), 50 a 59 años (18.5%), 60 a 69 años (36.9%), y 70 a 80 años (38.5%).

En cuanto al tiempo de diagnóstico, el grupo con mayor porcentaje tiene entre 1 a 3 años (38.5%); mientras que los demás se encuentran entre 4 a 6 años (26.2%), 7 a 9 años (10.8%) y 10 a 34 años (24.6%).

Medición

Para medir la variable ansiedad rasgo se utilizó la *Escala Ansiedad Rasgo del Inventario de ansiedad: Rasgo – Estado IDARE*. El cual fue elaborado por Spielberger, Gorsuch, y Lushene en 1970 y publicada al español por Spielberger, Martínez-Urrutia, Gonzales-Reigosa, Natalicio y Días-Guerrero en 1975, con la asistencia de psicólogos de 10 países latinoamericanos, entre los que se encuentra el Perú. Esta prueba tiene el objetivo de investigar los fenómenos de ansiedad en sujetos adultos mediante una escala que mide dos dimensiones: ansiedad rasgo y ansiedad estado.

La escala ansiedad rasgo es utilizada para identificar sujetos que tengan propensión a la ansiedad. Consta de 20 afirmaciones: 13 directas y 7 inversas, en la que se pide indicar al participante cómo se siente generalmente mediante una escala tipo likert de cuatro opciones de respuesta cuyos puntajes van del 1 al 4 (1. *Casi nunca*; 2. *Algunas veces*; 3. *Frecuentemente*; y 4. *Casi siempre*). De este modo, la puntuación fluctúa entre 20 y 80 puntos, en donde un mayor puntaje indica un mayor nivel de ansiedad rasgo (Spielberger, & Díaz-Guerrero; 1975).

La confiabilidad para la misma escala fue determinada por el método test-retest, en una muestra de 253 hombres y 231 mujeres, estudiantes de La Universidad Estatal de Florida, en el que se obtuvo altas correlaciones que varían entre 0.73 y 0.86 en intervalos de una hora, veinte días y 104 días (Spielberger, & Díaz-Guerrero, 1975).

Los análisis de validez para la escala de ansiedad rasgo se realizaron a partir de correlaciones con otras medidas de ansiedad rasgo en estudiantes universitarios y pacientes neuropsiquiátricos con el IPAT de Catter y Schein (1963); TMAS de Taylor (1963) y la lista de estados afectivos AACL de Zuckerman (1960); arrojando una validez concurrente moderadamente alta que varía entre 0.52 y 0.83 (Spielberger, & Díaz-Guerrero, 1975).

Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970 realizaron un análisis factorial de tipo ortogonal y oblicuo tanto en grupos normales como en clínicos para obtener la validez de constructo. Se encontró cuatro factores que explicaron el 61% y el 68% de la varianza, indicando una bipartición de la prueba, una sería la escala de ansiedad rasgo y la otra, la escala de ansiedad estado (citado en Pardo, 2010).

Por su parte, Arias, en 1990, realizó un estudio de validez en países latinoamericanos entre los que se encontraba el Perú. En este estudio se arma una tabla de conversión a partir de una muestra mexicana con baremos que utilizan una escala centil ordinal de 5 a 95; asimismo, los análisis de confiabilidad para la ansiedad rasgo obtuvieron una puntuación alfa de Cronbach de .84 (citado en Pardo, 2010).

En el Perú existen investigaciones que estudian el IDARE en muestras que recogen individuos en distintos contextos de enfermedad. La primera en usar esta prueba fue Anchante (1990) en una muestra de 212 alumnos universitarios; la puntuación alfa de Cronbach para la escala ansiedad rasgo fue de .87. Estudios posteriores utilizan el IDARE en muestras clínicas. Un estudio elaborado con una muestra de 100 portadores de VIH obtiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85 (Rojas, 1997); mientras que en otro que estudia una muestra de 33 pacientes con

enfermedades cardiovasculares el coeficiente alfa de Cronbach obtenido es de 0.82 (Buse, 1999).

En el presente estudio la escala de ansiedad rasgo obtuvo un alfa de Cronbach de 0.83.

Los recursos de afrontamiento fueron medidos a través del *Inventario de Recursos de Afrontamiento CRI (Coping Resources Inventory)* desarrollado por Hammer, y Marting en 1988 en la versión adaptada de Valdéz (1999). Esta es una prueba que tiene como objetivo proporcionar una medida estándar de los recursos de afrontamiento que pueda ser importante en la mediación de la respuesta de estrés.

La versión original está compuesta por 60 afirmaciones que agrupan cinco áreas que aluden a los cinco recursos de afrontamiento propuestos por Hammer y Marting (1988): recursos cognitivos, recursos sociales, recursos emocionales, recursos espirituales/filosóficos y recursos físicos. En ella se le pide al participante que elija la respuesta que mejor lo describa a través de un formato tipo likert de cuatro escalas de frecuencia cuyos puntajes van del 1 al 4 (1. *Nunca*, 2. *Algunas veces*, 3. *Casi siempre* y 4. *Siempre*).

La evidencia de validez discriminante se obtuvo mediante una serie de análisis con muestras de pacientes en rehabilitación cardíaca y pulmonar, pacientes adultos de un centro de estrés, universitarios de pregrado, estudiantes de secundaria y grupos control (Hammer & Marting, 1988). Asimismo, para estimar indicadores de validez concurrente se realizaron correlaciones de las áreas del CRI con numerosas pruebas tales como el Beck depression inventory de Beck y colaboradores (1961), el Brief symptom inventory de Derogatis y Spencer (1982), el Myers-Briggs type indicator de Myers y McCaulley (1985), entre otros (Hammer & Marting, 1988).

La confiabilidad fue evaluada en una muestra de 749 personas, en las que estuvieron incluidos alumnos de secundaria a partir de los 14 años, alumnos universitarios y adultos. Los puntajes alfa de Cronbach, fluctuaron entre .71 y .84 para cada una de las áreas, y .91 para el puntaje global (Hammer & Marting, 1988).

La adaptación del instrumento, al español del Perú, fue realizada por Valdez en 1999 en una muestra de 152 adolescentes mujeres de una gran unidad escolar en Lima. Para ello se realizó una traducción y retro-traducción de la versión original y se obtuvo evidencia de la validez de contenido mediante criterio de jueces, a los que se les pidió ordenar los ítems según áreas y reformular los que crean que están mal redactados y/o

mal traducidos. Se procedieron a eliminar los ítems que tuvieron menos del 80% de acuerdo, quedando un total de 49 ítems (Valdez, 1999).

Los análisis de confiabilidad arrojaron puntajes alfa de Cronbach que variaron entre .58 y .74 por áreas, y un puntaje global de .85. Del mismo modo se encontró que la media de las correlaciones ítem-test varió entre .32 y .36 por áreas, y fue de .33 para el puntaje global, procediéndose a anular los ítems con coeficientes de correlación ítem-test menores a .17. Finalmente la prueba se redujo a 41 ítems: 9 para recursos cognitivos, 5 para recursos sociales, 13 para recursos emocionales, 8 para recursos espirituales/filosóficos y 6 para recursos físicos (Valdez, 1999).

El puntaje para cada área o recurso se halla a partir de la suma de sus respectivos ítems; mientras que el puntaje total se obtiene de la suma de todos los ítems. Cuanto mayor es el puntaje, mayores son los recursos de afrontamiento.

La aplicación posterior a la adaptación del instrumento, realizada a su vez por Valdez (1999) en adolescentes embarazadas arrojó puntajes alfa de Cronbach que oscilan entre .58 a .68 por áreas y es de .85 en el puntaje global.

En el presente estudio, la consistencia interna del puntaje global obtuvo un alfa de Cronbach de .86, mientras que los puntajes alfa de Cronbach para cada uno de los recursos fluctúan entre .59 y .76. Cabe señalar que el ítem 34 presenta una pobre capacidad discriminativa (correlación ítem-test: -.07); sin embargo, el ítem se mantiene debido a que su eliminación no aporta a la consistencia interna de la prueba y para mantener la estructura de la misma.

Procedimiento

La presente investigación tiene como objetivo describir la posible relación entre las variables psicológicas en cuestión y adicionalmente, se plantea explorar las posibles diferencias entre estas y sus condiciones sociodemográficas.

La evaluación se realizó en un solo grupo de pacientes que asistían a charlas de educación y cuidado de la salud para pacientes diabéticos, luego de haber obtenido el permiso de las autoridades pertinentes del hospital. La recolección de datos se realizó con cada paciente en un solo momento y el tiempo de aplicación para cada fecha fue de aproximadamente 45 minutos, llegándose a repartir 69 protocolos de los cuales se descartaron cuatro por tener algunos ítems en blanco, obteniéndose en total una muestra de 65 personas.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa estadístico SPSS17.0. Se comenzó realizando análisis de consistencia interna para ambas pruebas. Posteriormente, se realizaron análisis de normalidad por Kolmogorov-Smirnov, obteniéndose una distribución normal en el IDARE-R y no normal en el puntaje global del CRI, así como distribuciones normales y no normales para los cinco tipos de recursos estudiados.

A continuación, debido a la distribución normal del IDARE-R se realizó comparaciones de medias utilizando el estadístico T-Student, mientras que para el Inventario de recursos de afrontamiento, se utilizaron los estadísticos U Mann Whitney y Kruskal-Wallis debido a la presencia de distribuciones no paramétricas.

Finalmente, se realizó el análisis de correlación Rho de Spearman, entre el IDARE-R y el puntaje global y los cinco recursos de afrontamiento. Para ello se trabajó con un nivel de significación <0.05 y con el grado de correlación según el criterio de Cohen.





Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos del estudio de las variables de investigación. A partir de los análisis descriptivos, la ansiedad rasgo obtiene una media de 45.45 ($DE=10.45$). Luego de explorar si la ansiedad rasgo tenía una variación en relación a las variables sociodemográficas controladas, se determinó que no hubieron diferencias significativas en cuanto al sexo, edad, estado civil, lugar de residencia, religión y grado de instrucción; sin embargo, se observa una relación pequeña pero estadísticamente significativa entre ansiedad rasgo y tiempo de diagnóstico ($r=.26$, $p<0.05$).

Al detallar esta relación, se encontró que aquellos pacientes que tienen de diez a más años con el diagnóstico, presentan mayores niveles de ansiedad rasgo que aquellos que tienen menos tiempo de diagnóstico.

Tabla 1

Diferencias en los niveles de ansiedad rasgo según tiempo de diagnóstico

	≥ 10 años		< 10 años		t	p	d de Cohen
	$n=16$		$n=49$				
	M	DE	M	DE			
Ansiedad Rasgo	50.19	8.86	43.9	10.54	2.15	0.03	0.65

N=65

En cuanto a los recursos de afrontamiento, la escala global obtiene una mediana de 130.00 ($M=126.00$, $DE=14.38$), mientras que por cada recurso, la mediana con puntuación más alta la obtiene los recursos emocionales, y la más baja la obtienen los recursos sociales y los recursos físicos.

Tabla 2

Distribución de la muestra según los recursos de afrontamiento

	M	Me	$D.E.$	Min	Max
Cognitivos	29.15	30.00	3.61	19	36
Sociales	15.51	16.00	3.00	8	20
Emocionales	38.31	38.00	6.33	25	52
Espirituales/Filosóficos	26.91	27.00	3.80	16	32
Físicos	16.03	16.00	3.20	9	22

N=65

Del mismo modo, se procedió a explorar si los recursos de afrontamiento tenían alguna variación en cuanto a las variables sociodemográficas controladas. Los análisis indican que no existen diferencias significativas con las variables edad, estado civil, lugar de residencia, grado de instrucción y tiempo de diagnóstico; tan solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas con sexo y religión del participante.

En relación al *sexo*, se encontró una diferencia significativa entre esta y los recursos emocionales. Se observa que las mujeres poseen mayores recursos emocionales en comparación a los hombres ($M_{mujeres}=39.00$, $M_{hombres}=36.00$, $U=223.0$, $p<.05$).

En cuanto a la religión, se encuentran diferencias significativas entre esta variable y los recursos espirituales/filosóficos y los recursos físicos. Se observa que los pacientes que tienen como religión *a otros cristianos* (religión cristiana no católica), poseen mayores recursos espirituales/filosóficos en comparación a los pacientes que son *católicos*. ($M_{otros-cristianos}=30.50$, $M_{católicos}=27.00$, $U=118.50$, $p<.05$). Asimismo, los pacientes de *otras religiones cristianas*, presentan mayores recursos físicos que los pacientes de religión *católica* ($M_{otros-cristianos}=18.00$, $M_{católicos}=16$, $U=167.00$, $p<.05$).

Finalmente, se realizó el análisis de correlación entre la ansiedad rasgo y los recursos de afrontamiento, obteniéndose correlaciones inversas estadísticamente significativas en la mayoría de los casos.

Se obtuvo una correlación inversa y pequeña entre la ansiedad rasgo y la escala global de recursos de afrontamiento; esto quiere decir, que a mayor puntaje en la escala global de recursos de afrontamiento, menor será el puntaje de la ansiedad rasgo y viceversa.

Específicamente por recursos, no se encontraron correlaciones significativas entre la ansiedad rasgo y los recursos emocionales, ni con los recursos espirituales/filosóficos; sin embargo, sí se encontraron correlaciones inversas y medianas entre la ansiedad rasgo y los recursos cognitivos y los recursos sociales. Estos resultados estarían indicando que a mayor presencia de recursos cognitivos y recursos sociales, independientemente uno del otro, menores serán los niveles de ansiedad rasgo en los pacientes de la muestra.

Del mismo modo, se encontró una correlación inversa y pequeña, estadísticamente significativa, entre la ansiedad rasgo y los recursos físicos, lo cual

indicaría que quienes posean mayores recursos físicos, tendrán menores niveles de ansiedad rasgo.

Tabla 3

Correlaciones entre ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento

Cognitivos	Sociales	Emocionales	Esp/Filo	Físicos	Global
-,33**	-,30*	-.07	-.06	-,26*	-,29*

N=65, *p<0.05, **p<0.01





Discusión

La investigación se encuentra orientada principalmente a conocer la relación entre la ansiedad rasgo y los recursos de afrontamiento en un grupo de pacientes que tienen el diagnóstico de diabetes tipo II. Para ello, se comenzó realizando análisis de comparaciones entre cada variable de estudio con las variables sociodemográficas, permitiendo así, conocer o entender un poco más el funcionamiento de estos pacientes, para luego terminar con el análisis correlacional como respuesta al objetivo principal de la investigación.

Es importante señalar las diferencias que existen en la ansiedad rasgo debido a las repercusiones negativas que puede generar en los pacientes con diabetes tipo II. Al explorar dichas diferencias, se observa que los resultados no encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, estado civil, lugar de residencia, religión, grado de instrucción y sexo. Este último llama la atención puesto que, según la literatura científica, las mujeres, en general suelen tener niveles más elevados de ansiedad a comparación de los hombres (Hermanns et al., 2005; Li, Barker, Ford, Zhang, Strine & Mokdad, 2008). Esto significaría que en la presente muestra de pacientes con diabetes de tipo II, la ansiedad rasgo se estaría manifestando de forma indistinta tanto para hombres como para mujeres.

Esto podría deberse a que la investigación científica señala que existen diferencias de género en diabetes tipo II a nivel de prevalencia, el manejo de la enfermedad, control de las complicaciones y la mortalidad; sin embargo, los estudios no clarifican si existen diferencias significativas en la prevalencia de la ansiedad rasgo según el sexo en estos pacientes. (Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arriola & Larrañaga, 2011)

Desde otro punto de vista, estos resultados también podrían deberse a factores como el azar ya que se contó con la participación de personas voluntarias, quedando conformada una muestra en la cual, la distribución de los hombres podrían poseer los mismos niveles de ansiedad rasgo que las mujeres; cabe señalar que el número de hombres fue menor que el de mujeres.

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas de la ansiedad rasgo según el tiempo de diagnóstico. Los resultados muestran que los pacientes que poseen diez o más años con el diagnóstico de diabetes tipo II, tienen mayores puntuaciones de

ansiedad rasgo en comparación a quienes lo tienen en menos de dicha cantidad de tiempo, lo cual podría deberse a que aquellos sujetos con mayor tiempo de enfermedad podrían estar experimentando la presencia de mayores miedos o preocupaciones referentes a su salud debido, por ejemplo, a la aparición de complicaciones propias de la diabetes sea por falta de educación diabetológica, descuido en el mantenimiento de su tratamiento o por la evolución de la enfermedad en sí misma.

A su vez, se considerarían otras variables particulares o personales que establezcan las diferencias individuales en cada paciente en el aumento de la ansiedad rasgo a través del tiempo, ello implica experimentar otras complicaciones asociadas a la vivencia de una enfermedad crónica como lo es la diabetes tipo II, las cuales podrían incluir dificultad o incapacidad laboral, incremento de gastos a nivel económico, comorbilidad con otro diagnóstico que no tenga relación con la diabetes, dificultades a nivel familiar, entre otros (Khuwaja et al., 2010).

En ese sentido, sería preocupante que el tiempo de diagnóstico incremente los niveles de ansiedad rasgo ya que esto podría amenazar el mantenimiento del tratamiento pues incluso, de llegar a ocurrir alguna complicación médica, la motivación por continuar cuidándose podría verse afectada al encontrarse con pensamientos o visiones negativas a futuro. Es debido a ello, la necesidad de una constante educación diabetológica que permita contrarrestar estas amenazas a la vida haciendo hincapié en la necesidad de cuidado permanente a pesar de las consecuencias negativas que pueda traer la enfermedad. Es por ello que existen programas de educación en diabetes, ya que estos facilitan los cambios en el pensamiento que tiene cada paciente acerca de su enfermedad (Dunn, 1993).

A su vez, estos resultados podrían dar más luces de que no existan diferencias significativas entre hombres y mujeres en la ansiedad rasgo ya que existe un mayor porcentaje de hombres que tienen más de 10 años con el diagnóstico (33.3%) a diferencia de las mujeres (21.3%) lo cual podría indicar que el mayor porcentaje de mujeres se encuentra en una primera etapa de la enfermedad en la que la ansiedad rasgo no alcanza un incremento significativo, lo cual sugeriría un posible equilibrio en las puntuaciones entre hombre y mujeres.

Por otra parte, los recursos de afrontamiento pueden ser de gran relevancia en el adecuado manejo de la diabetes de tipo II; sin embargo, faltan más estudios al respecto. En la presente investigación se encuentran diferencias significativas en el uso de algunos recursos según variables sociodemográficas tales como sexo y religión.

En relación al sexo, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en el uso de los recursos emocionales. Se encuentra que las mujeres obtienen mayores niveles de recursos emocionales que los hombres. Lo cual coincide con el estudio de Van Rooy, Alonso y Viswesvaran (2005) el cual mide estas diferencias a partir del estudio de la inteligencia emocional. Según la conceptualización de recursos emocionales, esto significaría que las mujeres de la muestra poseen mayor capacidad de aceptar y expresar diferentes tipos de afecto, contribuyendo a reducir la carga emocional que traería consigo la diabetes de tipo II.

Esta diferencia se explicaría a partir de que las mujeres son más propensas que los hombres a expresar y reportar experiencias emocionales como la ansiedad, debido a que su manifestación podría ser considerada por los hombres como un signo de debilidad; por lo tanto, optan por transformar la experiencia de este tipo de emociones a través de recuerdos que involucren emociones como la ira o el reproche (Lively, 2008). En ese sentido, los hombres de la muestra tendrían menos oportunidad que las mujeres, de conseguir el mismo alivio emocional que brindan estos recursos.

Por otra parte, llama la atención los resultados obtenidos en la variable religión, pues los pacientes que pertenecen a la categoría de *otras religiones cristianas* (no católicas) tendrían mayores niveles de recursos espirituales/filosóficos y de recursos físicos a diferencia de los pacientes católicos.

En cuanto a los recursos espirituales/filosóficos, los resultados indican que los pacientes cuyas religiones no pertenecen a la religión católica (*otros cristianos*) poseen mayores recursos espirituales/filosóficos en comparación a los pacientes de religión católica. A partir de la conceptualización de estos recursos, los pacientes con diabetes de tipo II que pertenecen a la religión católica, tendrían un menor compromiso con los valores que demanda esta religión, en comparación con los pacientes que no son católicos.

La literatura científica refiere que las creencias religiosas mejoran la percepción de la calidad de vida (Dima & Cozma, 2012; Rule 2006; Tunkay, Musaback, Gok & Kutlu, 2008). En ese sentido, los resultados podrían sugerir que los pacientes que profesan otras religiones cristianas no católicas como la evangélica y los testigos de Jehová, mantienen un mayor compromiso con los valores que predica su religión. Este compromiso proveería al paciente de mayores redes de soporte por parte de comunidad religiosa mediante trabajos o actividades en conjunto y recibiendo apoyo y escucha sobre las preocupaciones que trae consigo su enfermedad, consiguiendo mejoras en la

calidad de vida del paciente (Dima & Cozma, 2012). Asimismo, los recursos espirituales/filosóficos, estarían orientados a mantener un nivel de compromiso con la práctica de la religión a la que uno pertenece, en donde, las religiones cristianas no católicas, se vinculan con conductas de cuidado de la salud. Así, existe evidencia que la participación en organizaciones religiosas se asocia con un mayor consumo de frutas y verduras y una disminución del consumo de alimentos grasos. Incluso, los periodos de ayuno que algunas religiones profesan, contribuirían no solamente a un crecimiento espiritual sino en la mejoría del estado de salud físico y mental (Dima & Cozma, 2012).

Por lo tanto, en esa línea, los pacientes con diabetes de tipo II que no son católicos en la muestra de estudio, estarían siendo favorecidos con la práctica de su religión pues, el grado de motivación que estaría produciendo la fe sobre la práctica de conductas saludables, promovería el mantenimiento de las mismas, permitiendo obtener un adecuado control de sus niveles glucémicos.

De otro lado, pasando a examinar la relación entre la ansiedad rasgo y los recursos de afrontamiento, se obtuvo que la ansiedad rasgo tuvo una correlación significativa inversa y cercana a mediana con la escala global de los recursos de afrontamiento. Este resultado significa que a mayores niveles de ansiedad rasgo, menores serán los niveles de la escala total de recursos de afrontamiento y viceversa.

Este resultado coincide con el de Di Benedetto y colaboradores (2007) en pacientes coronarios, aunque el tamaño del efecto en ese estudio fue grande (.60). La diferencia entre ambas enfermedades es que tienen manifestaciones distintas, habiendo en algunos casos, signos más llamativos en la coronaria; razón por la cual, investigaciones futuras podría dar mayor luz a esta diferencia en el tamaño del efecto.

Si bien es cierto, la vivencia de ansiedad puede considerarse como una reacción de adaptación (Vallejo, 2005), la diabetes tipo II, por definición, es una enfermedad crónica y degenerativa, por lo que la adaptación es un constante reto; especialmente cuando se hallan entre sus complicaciones la posibilidad de daños progresivos como pueden ser los renales, cardiovasculares, posibilidades de úlceras y amputaciones, entre otros. Vivir con diabetes implica lidiar con potenciales situaciones a ser evaluadas como amenazantes, sobre todo, si no hay un estricto manejo de la enfermedad, la ansiedad puede cronificarse por las molestias intermitentes que la acompañan (Taylor, 2007). En ese caso, los elevados niveles de ansiedad rasgo no permitirían modular las preocupaciones que traería consigo la diabetes tipo II, lo cual podría implicar dificultades para desarrollar recursos de afrontamiento que permitan la adaptación e

inmunidad frente el daño, lo cual según Di Benedetto y colaboradores (2007) contribuye a un mejor estado físico y emocional.

En el caso de los recursos de afrontamiento, es posible que estos estén cumpliendo un rol protector frente a la diabetes tipo II. Esto se debería a que estos permitirían manejar las preocupaciones o amenazas que traería consigo esta enfermedad, de manera efectiva (Hammer & Marting, 1988) aminorando los efectos negativos que producirían los altos niveles de ansiedad rasgo y la diabetes en sí misma (Taylor, 2007).

Por otra parte, al analizar la relación entre ansiedad rasgo y cada recurso de afrontamiento, se encontró una correlación significativa, moderada e inversa entre esta y los recursos cognitivos, lo cual indica, que a mayores puntuaciones de ansiedad rasgo, se obtendrán menores puntuaciones en los recursos cognitivos. Esta relación es la más fuerte que tiene la ansiedad rasgo con los recursos de afrontamiento, coincidiendo con el estudio realizado por Di Benedetto y colaboradores (2007) en donde se encontró que esta relación alcanzó un efecto grande (.71); sin embargo, en esta investigación fue moderado, lo cual podría explicarse, al igual que sucedió con la escala global, a las diferencias que habrían en las distintas muestras de estudio. La relación inversa se debería a que la ansiedad rasgo se caracteriza por tener una percepción de amenaza (Spielberger & Diaz-Guerrero, 1975; Vallejo, 2005), una anticipación negativa a lo que puede acontecer, mientras que contrario a ella, los recursos cognitivos se caracterizan por mantener un sentido y actitud positivos de uno mismo y de la vida, así como de los acontecimientos que vienen a futuro, contribuyendo al mantenimiento de la salud.

En ese sentido, los pacientes con diabetes tipo II que tengan mayores puntuaciones en recursos cognitivos que en ansiedad rasgo, tendrían una visión más optimista acerca del manejo de la enfermedad (Hammer & Marting, 1988), lo cual permitirá mantener adecuados niveles glucémicos; mientras que los pacientes que presenten mayores puntuaciones en ansiedad rasgo que en recursos cognitivos, percibirán los cambios como una amenaza a su estilo de vida habitual (Taylor, 2007) anticipándose a la llegada de futuras complicaciones médicas producto de la enfermedad.

Estos resultados arrojan la posibilidad de continuar con investigaciones futuras que estudien con mayor profundidad la relación entre ambas variables psicológicas en la diabetes tipo II, debido a que, por ejemplo, la autoeficacia es un recurso cognitivo (Bandura, como se citó en Wu, Lee, Liang, Lu, Wang & Tung, 2011) cuyos altos

niveles permiten una mejor adaptación a la enfermedad crónica (Lev y colaboradores, como se citó en Mystakidou et al., 2010; Bandura, como se citó en Wu et al., 2011) y una menor propensión a consecuencias emocionales negativas (Lev y colaboradores, como se citó en Mystakidou et al., 2010) como los elevados niveles de ansiedad rasgo, los cuales, como ya se mencionó anteriormente, repercuten en el control glucémico del paciente.

Por otro lado se analizó la posible relación entre la ansiedad rasgo y los recursos sociales, encontrándose una correlación inversa y significativa entre ambas. Es decir, a mayor nivel de ansiedad rasgo, menor será el nivel de los recursos sociales. La investigación de Di Benedetto y colaboradores (2007) obtiene similares resultados pues encuentran una relación significativa, inversa y moderada con la ansiedad rasgo (.46). En este caso, los recursos sociales estarían funcionando como fuentes de apoyo que ayudarían a que el paciente perciba menos amenaza en situaciones de crisis, lo cual podría reducir el malestar originado por la ansiedad y/o enfermedad.

En ese sentido, cuando los pacientes tengan mayores niveles de recursos sociales, haría referencia a que estarían contando con adecuadas redes de soporte social, las cuales serán capaces de contener los miedos y preocupaciones que aparecerían en la diabetes tipo II a lo largo de la enfermedad, contribuyendo a la continuidad en el mantenimiento de la salud; mientras que los elevados niveles de ansiedad rasgo no permitirían el ingreso de elementos positivos que respalden y apoyen el control que deberá tener el paciente sobre su tratamiento. A su vez, esta falta de apertura a redes sociales se encuentra asociada a la falta de adherencia a la medicación (Osborn & Egede, 2012) perjudicando de gran manera los valores glucémicos, lo cual facilita y acelera la aparición de complicaciones médicas que podrían llegar a ser mortales.

Debido a ello, es importante y necesario contar con redes de soporte que otorguen respaldo al paciente. Cabe señalar la importancia del soporte social otorgado por los profesionales de la salud pues causará beneficios en el bienestar de los pacientes con diabetes tipo II (Karlsen et al., 2004) al sentir que alguna o más personas de su entorno se preocupan por su salud, y de este modo, contribuirán a asegurar la asistencia a sus controles y chequeos médicos.

Del mismo modo, se encontró que existe una relación significativa, inversa y pequeña entre la ansiedad rasgo y los recursos físicos. Esto significa que a mayores puntuaciones de ansiedad rasgo, serán menores los puntajes para los recursos de afrontamiento, y viceversa. Esta relación inversa se explicaría debido a que la ansiedad

es una respuesta al estrés (Kohli, Batra & Aggarwal, 2011; Spielberger, como se citó en Avendaño, 1999); mientras que los recursos físicos contribuyen a reducir los niveles de estrés que producen las enfermedades crónicas, contribuyendo al bienestar físico (Hammer & Marting, 1988). Es por ello que si un paciente con diabetes tipo II presenta mayores niveles de ansiedad rasgo es posible que tenga menores recursos físicos, lo que significaría que la persona no estaría logrando conseguir un equilibrio entre el grado de preocupación y/o amenaza y la ejecución del mantenimiento de la diabetes, por lo cual, la vivencia de ansiedad sería mayor así como la posibilidad de realizar conductas no saludables.

A su vez, este incumplimiento podría perjudicar su capacidad laboral, alterando su calidad de vida y ocasionando mayores gastos económicos debido a la recurrencia del uso de los servicios de salud (Khuwaja et al., 2010) lo que podría incrementar la vivencia de la ansiedad.

En cambio, si el paciente tuviese mayores niveles de recursos físicos que de ansiedad rasgo, se observarían cambios significativos a nivel físico, como la presión arterial, la glucosa en ayunas, mejores pruebas de flexibilidad, mayor fuerza y resistencia (García, 2004) reduciendo la ansiedad rasgo (Asci, 2003) debido a que, la continua realización de conductas de autocuidado no solo contribuirían a obtener adecuados niveles glucémicos, sino además a conseguir bienestar emocional y calidad de vida en el paciente (Hernández & Licea, 2010).

Finalmente, a diferencia de los estudios de Di Benedetto y colaboradores (2007) y de Connor y Slear (2009), no se encontró una relación significativa entre la ansiedad rasgo y los recursos emocionales en este estudio.

Debido a que los recursos emocionales se encuentran relacionados con una buena salud mental (Martinez et al., 2010) capaz de regular los estados emocionales (Mayer & Salovery, como se citó en Liu & Prati, 2008), se esperaba encontrar una relación significativa e inversa con la ansiedad rasgo, ya que podrían conseguir aminorar las consecuencias negativas que esta produciría en los pacientes del estudio. Sin embargo, este resultado puede deberse a que se tratan de muestras distintas, como se mencionó líneas arriba, en donde una estudia pacientes coronarios y la otra a estudiantes de posgrado, respectivamente, ya que el tipo de muestra puede ser la causa de estas variaciones, cada una con vivencias y variables adicionales diferentes. Por ello, es importante que nuevas investigaciones contribuyan a dar evidencia sobre la existencia o no, de relaciones entre estas dos variables.

La presente investigación estuvo encargada de analizar la posible relación entre dos variables psicológicas poco estudiadas en nuestro medio en el ámbito de la salud. Los resultados obtenidos encuentran relaciones inversas y significativas entre ambas variables, lo cual indica que mayores niveles de una, equivalen a menores niveles de la otra. En esa línea, contar con altos niveles de ansiedad rasgo podría ser una característica que puede llegar a ser nocivo para los pacientes con diabetes de tipo II al desnivelar sus valores glucémicos, debido a que interfiere con la adherencia a su tratamiento, dando pie al desarrollo de complicaciones médicas producto de la enfermedad (Collins, Corcoran & Perry, 2008; Khuwaja et al., 2010; Taylor, 2007; Whiting et al., 2006; Wu, Huang, Liang, Wang, Lee & Tung, 2011). Asimismo, los recursos de afrontamiento se asocian con efectos beneficiosos en el mantenimiento de la diabetes de tipo II pues contribuyen a tener una visión optimista de la vida y a la práctica de conductas saludables, propias de la diabetes. (Di Benedetto et al., 2007; Hammer & Marting, 1988).

En ese sentido, era necesario obtener una mirada general en el estudio de ambas variables pues los resultados obtenidos brindan información valiosa que podrá ser utilizada en beneficio del paciente diabético.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se podría señalar que se trata de un estudio transversal, es decir, un estudio en el que se recopiló información en un solo momento, lo cual impide esclarecer las posibles variaciones de ambos constructos en el transcurso de la enfermedad. Otra limitación se encontró en la distribución de la muestra pues la cantidad de hombres y mujeres no era homogénea, así como tampoco la cantidad de participantes creyentes de diferentes religiones, por lo que se recomienda que futuras investigaciones traten de equiparar la muestra, de modo que permita obtener resultados más precisos.

Asimismo, debido a que la investigación contempla el estudio de cinco tipos de recursos de afrontamiento, no fue posible profundizar con cada uno de ellos debido a las diferentes variables psicológicas que involucran. Por lo tanto se recomienda que futuras investigaciones consideren el estudio de la ansiedad rasgo con los recursos de afrontamiento de forma individual en el funcionamiento de la diabetes tipo II. Para ello se recomienda a su vez, comenzar con el estudio de los recursos cognitivos ya que fueron los que alcanzaron mayor grado de relación con la ansiedad rasgo y que abarcan constructos interesantes que brindarán valiosa información en el manejo de la ansiedad rasgo en la diabetes tipo II.

Referencias Bibliográficas

- Al-Darmaki, F. (2005). Counseling Self-Efficacy and its Relationship to Anxiety and Problem-Solving in United Arab Emirates. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27, (2). doi: 10.1007/s10447-005-3190-6
- American Diabetes Association ADA (2013). *Todo sobre la diabetes*. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/>
- American Diabetes Association ADA (2011). *Total prevalence of diabetes*. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/?print=t>
- American Diabetes Association ADA (2004). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 27, (1), 5-10. doi: 10.2337/diacare.27.2007.S5
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Anarte, M., Machado, A., Ruiz de Adana, M. & Caballero, F. (2010). Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Ansiedad y estrés*, 16, (1), 13-31
- Anchante, M. (1993). *Ansiedad rasgo-estado y soporte social en un grupo de alumnos EE.GG.LL. de la PUCP*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Antonovsky, H. & Sagy, S. (2001). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The journal of social psychology*, 126, (2)
- Atlantis, E., Vogelzangs, N., Cashman, K. & Penninx, B. (2012). Common mental disorders associated with 2-year diabetes incidence: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 142, (1), 30-35
- Asci, F. (2003). The effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university students. *Psychology of Sport & Exercise*, 4, (3), 255-265

- Avendaño, M. (1999). *Dependencia al tabaco y ansiedad rasgo-estado en estudiantes de postgrado de una Universidad privada de Lima*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Bektas, Y., Tevfik, B., Muhittin, O. & Fusun, I. (2008). The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 34, (6), 1013-1024
- Berggren, N. & Derakshan, N. (2013). Trait anxiety reduces implicit expectancy during target spatial probability cueing. *Emotion*, 13, (2), 345–349. doi: 10.1037/a0029981
- Boyko, E. (2005). Progress in the estimation of mortality due to diabetes. *Diabetes care*, 28, (9), 2320-2321. doi: 10.2337/diacare.28.9.2320
- Buse, M. (1999). *Niveles de ansiedad en pacientes con enfermedades cardiovasculares*. (Tesis inédita de maestría). PUCP, Lima
- Büssing, A., Keller, N., Michalsen, A., Moebus, S., Dobos, G. Ostermann, T. & Matthiessen, P. (2006). Spirituality and Adaptive Coping Styles in German Patients with Chronic Diseases in a CAM Health Care Setting. The Berkeley Electronic Press, 3, (1)
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H., Grünther, R., Ostermann, T., Neugebauer, E. & Matthiessen, P. (2009). Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions?. *American Academy of Pain Medicine*, 10, (2), 327–339. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x
- Collins, M., Corcoran, P. & Perry, I. (2008). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*, 26, 153–161
- Compeán, L.; Gallegos, E.; Gonzales, J. & Gómez, M. (2010). Self-Care Behaviors and Health Indicators in Adults with Type 2 Diabetes. *Revista Latinoamericana Enfermagem* 18, (4), 675-680
- Connor, B. & Slear, S. (2009). Emotional Intelligence and Anxiety; Emotional Intelligence and Resiliency. *International Journal of Learning*, 16, (1), 249-260

- D'Arrigo, T. (2000). Stress and diabetes. *Diabetes Forecast*, 53, (4), p56
- DeCoster, V. & Cummings, S. (2004). Coping with type 2 diabetes: Do race and gender matter?. *Social Work in Health Care*, 40, (2), 37-53
- Delamater, A., Kurtz, S., Bubb, J., White, N. & Santiago, J. (1987). Stress and coping in relation to metabolic control of adolescents with Type 1 diabetes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8, (3), 136-140
- Di Benedetto, M., Lindner, H., Hare, D. & Kent, S. (2007). The role of coping, anxiety, and stress in depression post-acute coronary syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 4, 460 – 469. doi: 10.1080/13548500601109334
- Dima, C. & Cozma, S. (2012). Religion and medicine or the spiritual dimension of healing. *Journal for the Study of Religions and Ideologies*, 11, (31), 31-48
- Dunn, S. (1993). Psychological aspects of diabetes in adults. *International review of health psychology*, 2 (7) 175-197
- Edwards, L. & Mezuk, B. (2012). Anxiety and risk of type 2 diabetes: Evidence from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 418–423
- Endler, N. & Parker, J. (1990). Stress and anxiety: conceptual and assessment issues. *Stress medicine*, 6, 243-248. Canada: York University
- Fisher, L., Skaff, M., Mullan, J., Arean, P., Glasgow, R. & Masharani, U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 25, 1096–1101. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02533.x
- Fortmann, A., Gallo, L. & Philis-Tsimikas, A. (2011). Glycemic control among Latinos with type 2 diabetes: The role of social-environmental support resources. *Health Psychology*, 30, (3), 251-258. doi: 10.1037/a0022850

- García, J., Salcedo, A., Covamibias, V., Colunga, C. & Milke, M. (2004). Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Resultados de una intervención. *Revista Médica IMSS*, 42, (5), 395-404
- Goetsch, V., Wiebe, D., Veltum, L. & Van Dorsten, B. (1990). Stress and blood glucose in Type II diabetes mellitus. *Behaviour Research and Therapy*, 28, (6), 531-537
- Grigsby, A., Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. & Lustman, P. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res.* doi:10.1016/S0022-3999(02)00417-8
- Hammer, A., & Marting, M. (1988). *Manual for the Coping Resources Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2005). Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: Prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabetic Med*, 22, 293–300
- Hernández, J. & Licea, M. (2010). Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 21, (2), 182-201
- International Diabetes Federation IDF (2013). *About diabetes*. Recuperado de: <http://www.idf.org/types-diabetes>
- Kaiser, Ch., Sattler, D., Bellack, D. & Dersin, J. (1996). A Conservation of Resources Approach to a Natural Disaster: Sense of Coherence and Psychological Distress. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, (3), 459-476
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B., Murberg, T. & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, health & medicine*, 9, (1)
- Khuwaja, A., Lalani, S., Dhanani, R., Syed, I., Rafique, G. & White, F. (2010). Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2, (72)

- Krzemińska, Wieczorek, Sitek y Zareba (2009). Anxiety of physical activity and anxiety of hypoglycemia in adolescents with diabetes mellitus type 1. *Fizjoterapia*, 17, (4), 28-39
- Kohli, S. Batra, P. & Aggarwal, H. (2011). Anxiety, locus of control, and coping strategies among end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 21, (3), 177-181
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Li, C.; Barker, L.; Ford, E.; Zhang, X.; Strine, T. & Mokdad, A. (2008). Diabetes and anxiety in US adults: findings from the 2006. Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetic Medicine*, 25, 878-881
- Lively, K. (2008). Emotional Segues and the Management of Emotion by Women and Men. *Social Forces*, 87, (2)
- Liu, Y. & Prati, L. (2008). The Relationship Between Emotional Resources and Emotional Labor: An Exploratory Study. *Journal of Applied Social Psychology*, 38, (10), 2410-2439
- Martínez, A., Piqueras, J. & Ramos, V. (2010). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8, (2), 861-890
- Mc Dade, E. & Watson, D. (2011). Examining the Potential Influence of Diabetes on Depression and Anxiety Symptoms via Multiple Sample Confirmatory Factor Analysis. *Ann. behav. Med*, 42, 341-351. doi: 10.1007/s12160-011-9298-5
- Mezuk, B., Lee, H., Abdou, C., Johnson, V., Rafferty, J., Uzogara, E. & Jackson, J. (2013). Is Ignorance Bliss? Depression, Antidepressants, and the Diagnosis of Prediabetes and Type 2 Diabetes. *American Psychological Association*, 32, (3), 254-263. doi: 10.1037/a0029014
- Morowatisharifabad, M.; Mahmoodabad, S.; Baghianimoghadam, M. & Tonekaboni, N. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes

- regimen in a sample of Iranians. *Int J Diab Dev Ctries*, 30, (1). doi: 10.4103/0973-3930.60009
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Theodorakis, P. & Vlahos, L. (2010). Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19, 205–211. doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.01039.x
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Diabetes*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2007). *Salud en las Américas*. Washington DC: OPS
- Osborn, C. & Egede, L. (2012). The relationship between depressive symptoms and medication nonadherence in type 2 diabetes: The role of social support. *General Hospital Psychiatry*, 34, (3), 249-253
- Pardo, F. (2010). Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Petrak, F., Herpertz, S., Albus, C., Hirsch, A., Kulzer, B. & Kruse, J. (2005). Psychosocial Factors and Diabetes Mellitus: Evidence-Based Treatment Guidelines. *Current Diabetes Reviews*, 1, 255-270
- Porkiani, M.; Yadollahi, M. & Sadeghian, E. (2009). Self-Belief and Anxiety in Women Employing Governmental Organizations Yazd City Iran. *European Journal of Scientific Research*, 36, (1), 102-113
- Ridder, D. & Kuijer, R. (2007). Reconsidering illness-related goals: Is discrepancy resolved by confronting emotions? *Psychology and Health*, 22, (1), 107–122
- Reynoso, L. & Seligson I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. Colombia: Manual Moderno
- Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores del VIH*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima

- Rule, S. (2006). Religiosity and Quality of Life in South Africa. *Social indicators research*, 81, (2), 417-434
- Rudaizky, D., Page, A. & MacLeod, C. (2012). Anxiety Reactivity and Anxiety Perseveration Represent Dissociable Dimensions of Trait Anxiety. *Emotion*, 12, (5), 903–907
- Sandín, M., Espelt, A., Escolar-Pujolar, A., Arriola, L. & Larrañaga, I. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. *Avances en diabetología*, 27, (3), 78-87
- Searle, A.; Norman, P.; Thompson, R. & Vedhara, K. (2007). A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 12, 621–638
- Smith, K., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., Rabasa, R. & Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, (2), p89-99. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.11.013
- Spielberger, Ch & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Manual del inventario de ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE)*. México: El Manual Moderno S.A.
- Spielberger, C. (1972). Anxiety as an emotional state. En Spielberger, C. & Barratt, E. (Eds.), *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press
- Sultan, S.; Epel, E.; Sachon, C.; Vaillant, G. & Hartemann-Heurtier, A. (2006). A longitudinal study of coping, anxiety and glycemic control in adults with type 1 diabetes. *Psychology and health*, 23, (1), 73-89
- Taylor, S. (2007). *Health Psychology*. United States: McGraw-Hill
- Thoits, P. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of Health and Social Behavior*, 53-79

- Tol, A., Baghbanian, A., Rahimi, A., Shojaeizadeh, D., Mohebbi, B. & Majlessi, F. (2011). The Relationship between perceived social support from family and diabetes control among patients with diabetes type 1 and type 2. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 10, 1-8
- Tunkay, T.; Musaback, I.; Gok, D. & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, (79)
- Valdez, N. (1999). *Estrés y recursos de afrontamiento en un grupo de adolescentes embarazadas*. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Vallejo, J. (2005). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson
- Van Rooy, D., Alonso, Alexander & Viswesvaran, Chockalingam (2005). Group differences in emotional intelligence scores: theoretical and practical implications. *Personality and Individual Differences*, 38, (3), 689-700. doi: 10.1016/j.paid.2004.05.023
- Whiting, M., Scammell, A., Gray, J. & Schepers, A. (2006). Managing type 2 diabetes and depression in primary care. *Primary Care Mental Health*, 4, 175–184
- Wu, V., Huang, Y., Liang, S., Wang, T., Lee, M., Tung, H. (2011). Relationships among depression, anxiety, self-care behavior and diabetes education difficulties in patients with type-2 diabetes: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1376–1383
- Wu, S., Lee, M., Liang, S., Lu, Y., Wang, T. & Tung, H. (2011). Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: A randomized controlled trial. *Nursing and Health Sciences*, 13, 335–343. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00625.x
- Youngshin, S., Hee-Jung, S., Hae-Ra, H., So-Youn, P., Soohyun, N. & Miyong, K. (2012). Unmet needs for social support and effects on diabetes self-care activities in Korean Americans with Type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 38, (1), 77-85

Zavala, M., Rios, M., García, G. & Rodriguez, C. (2009). *Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica*, 9, (3), 257 – 270

Zeidner, M. & Hammer, A. (1992). Coping with missile attack: Resources, strategies, and outcomes. *Journal of personality*, 60, (4), 709-746









ANEXO A

Consentimiento informado

Acepto participar voluntariamente del Proyecto de Investigación realizado por la estudiante de Psicología Ana Vanessa Lostaunau Calero alumna de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Entiendo que el propósito de la investigación es comprender el funcionamiento psicológico de los pacientes con diabetes tipo II, para la cual se me solicitará responder una ficha de datos y dos cuestionarios que permitirán obtener información sobre mi manera de pensar sentir y actuar.

Este proceso durará entre 15 y 20 minutos aproximadamente. La información que brinde será estrictamente confidencial debido a que es anónima y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Asimismo, entiendo que debido a que el resultado será producto de un análisis grupal, no obtendré información sobre mis resultados.

He leído y entendido este consentimiento informado.

Firma



Anexo B

Tabla de las características de la muestra

Características de la muestra

Variables		<i>f</i>	%
<i>Sexo</i>	Mujer	47	72.3
	Hombre	18	27.7
<i>Grupos de edad</i>	43 a 49	4	6.2
	51 a 58	12	18.5
	60 a 69	24	36.9
	70 a 80	25	38.5
<i>Estado civil</i>	Casado	50	76.9
	No casado	15	23.1
<i>Residencia</i>	Lima	63	96.9
	Provincia	2	3.1
<i>Religión</i>	Católico	55	84.6
	Otros cristianos	10	15.4
<i>Grado de instrucción</i>	Primaria completa	11	16.9
	Secundaria incompleta	13	20.0
	Secundaria completa	16	24.6
	Superior	25	38.5
<i>Tiempo de diagnóstico en años</i>	1 a 3	25	38.5
	4 a 6	17	26.2
	7 a 9	7	10.8
	10 a 34	16	24.6

N=65