



EFFECTOS DEL TIPO DE DIABETES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, SEXO Y OPTIMISMO EN EL APOYO SOCIAL

JOSÉ E. RONDÓN Y ZORAIDE LUGLI

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela y Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela

Resumen: Se desea conocer el efecto del tipo de diabetes, las estrategias de afrontamiento, el sexo, y el optimismo sobre las redes sociales y el apoyo social percibido por sujetos con diabetes. Participaron 103 hombres y 197 mujeres divididos en diabéticos tipo 1 con edad promedio de 29 años y tipo 2 con edad promedio de 57 años, en un diseño transeccional-causal de campo. Se empleó un análisis de ruta para verificar las relaciones planteadas. Se encontró que el tipo de diabetes no afecta el apoyo social percibido. Tampoco la variable sexo influye directamente sobre el apoyo social, pero sí a través de relaciones mediadas por el optimismo y las estrategias de afrontamiento; destacando que son éstas últimas las que determinan el apoyo social de los sujetos, por lo que se recomienda construir y aplicar programas de intervención clínica para enseñar a las personas con diabetes estrategias de aproximación al problema.

Palabras clave: Diabetes; apoyo social; optimismo; sexo y estrategias de afrontamiento.

Effects of types of diabetes, coping strategies, sex and optimism on social support

Abstract: We aimed to establish the effect of the type of diabetes, coping strategies, sex and optimism variables on social networks and perceived social support in patients with diabetes. A sample of 103 males and 197 females, divided into a Type 1 Diabetes group with a mean age of 29 years and a Type 2 Diabetes group with a mean age of 57 years, participated in a transactional design - causal field. A path analysis was run to verify assumed relations. The type of diabetes was found not to affect the perceived social support. Sex did not have a direct influence, although it had through relations mediated by optimism and coping skills variables. These last two determined the social support of the subjects, reason why we recommend building and applying clinical intervention programs teaching people with diabetes the necessary approximation skills.

Keywords: Diabetes, social support, optimism, sex and coping strategies.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un síndrome que engloba a un conjunto de enfermedades metabólicas que tienen como común denominador la hiperglicemia como resultado de una deficiencia en la producción y acción de la insulina que origina tanto consecuencias vasculares como metabólicas (Jiménez, Palomares y Montero, 2004).

De acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes y el Comité de Expertos para la Cla-

sificación y Diagnóstico de la Diabetes se pueden distinguir los siguientes tipos de diabetes (Asenjo, Muzzo, Pérez, Ugarte y Willshaw, 2007; Gallar, 2006; Simón, 1996):

1. *Diabetes mellitus tipo 1 o insulino-dependiente* la cual se caracteriza por una insuficiente producción de insulina y se origina como consecuencia de una destrucción selectiva de las células pancreáticas productoras de dicha hormona por causa autoinmune. Su aparición es frecuente en las primeras edades de la vida.

2. *Diabetes mellitus tipo 2 o no insulino-dependiente* que se caracteriza por una resistencia a la acción de la insulina, es decir, la hormona se sintetiza con normalidad pero no surte los efectos deseados, es más común en los adultos

Recibido: 9 enero 2013; aceptado: 12 mayo 2013.

Correspondencia: José Eduardo Rondón, Instituto de Psicología UCV. C.C. Los Chaguaramos, Piso 2, Ofic. 2-7, Apartado Postal 47.563, Caracas 1041-A. Correo-e: bernard85@gmail.com

a partir de los 40-50 años de edad. Su prevalencia es mucho mayor en comparación a la de tipo 1, especialmente en personas obesas.

3. Tipos específicos de diabetes mellitus que incluyen: defectos genéticos de la función de la célula B, MODY (maturity onset diabetes of the young), de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, acción de drogas o tóxicos, infecciones y en otros casos asociada a síndromes genéticos.

4. Diabetes mellitus gestacional; aquella que se presenta en el curso del embarazo.

Cuando se le diagnostica a una persona diabetes, dicha noticia suele representar una fuente de estrés, debido al hecho de padecer una enfermedad metabólica, crónica, e incapacitante, además de los cambios de hábitos que deben implementarse para detener su avance (Guevara-Gasca y Galán-Cuevas, 2010; López y Avalos, 2013; Oblitas, 2004; Ortiz, Ortiz, Gática, Gómez, 2011; Rondón, 2011). Por tal motivo, el miedo y la incertidumbre son estados que caracterizan a este proceso de diagnóstico y a su vez implicarán cambios en la alimentación, chequeo constante de los niveles de glicemia y ejercicios físicos, llevando los mismos en muchas ocasiones a depresión y aislamiento social, debido a que la persona debe evitar ciertas conductas que generalmente el contacto social incentiva. Igualmente las personas deberán adoptar comportamientos de autocuidado durante toda la vida, introduciendo cambios en el estilo de vida que sean compatibles con su propio concepto de calidad de vida, es decir, requiere de un proceso de adaptación a las actividades cotidianas, información y conocimientos, así como desarrollar habilidades para lograr una vivencia de la enfermedad sin dificultades (Baquezano, Dos Santos, Martins y Zanetti, 2010; López y Avalos, 2013; Molina, Acevedo, Yañez, Dávila y Gonzales, 2013; Pérez-Pedrogo y Martínez-Taboas, 2011; Ponce, Velázquez, Márquez, López y Bellido, 2009).

En este sentido, el contacto social que conlleva el apoyo social es un importante factor protector de la salud en la diabetes mellitus (Marrero y Caballeira, 2010; Martínez y Torres, 2007; Ponce et al., 2009; Reyes, 2003) puesto que aumenta la probabilidad de mayor control

de la enfermedad a través de la ayuda que le pudiera proporcionar dicha red para tal fin, tanto emocional como instrumental. Autores como Castro, Campero y Hernández (1997) y Uchino (2006) mencionan que la relación entre apoyo social y salud se puede entender bajo el modelo del *efecto directo*, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; o por el modelo del *efecto amortiguador*, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Se observa que no importando el modelo que se considere para entender dicha relación, el apoyo social es un eminente factor protector de la salud independientemente de la patología a la cual se haga referencia.

Las complicaciones acarreadas por la diabetes hacen que la familia se convierta en un mundo de incongruencias, culpas y desafectos, haciendo que unos miembros nieguen lo sucedido, otros se involucren más, o simplemente se alejen del enfermo; es decir, la enfermedad afecta la interacción social de quien la padece (López y Avalos, 2013; Molina, Bahsa y Hernández, 2009). Además la diabetes como enfermedad crónica tiene la particularidad de que dependiendo de su tipo (tipo 1 o 2) va a influir diferencialmente en el comportamiento de quien la posee. Por ejemplo, Trento et al. (2007) señalan que las personas con diabetes tipo 1 son más pesimistas y tienden a confiar menos en los demás en comparación a las tipo 2, por ende, las relaciones sociales en este tipo de diabetes se encuentran mucho más alteradas. Los autores sugieren que estas diferencias se deben a la naturaleza de ambos tipos de diabetes, debido a que la tipo 1 tiene mayor probabilidad de complicaciones en el tiempo si se compara con la diabetes tipo 2. Adicionalmente, Vinaccia et al. (2006) afirman que estas diferencias suelen ser más marcadas si se toma en consideración el sexo del diabético, donde las mujeres diabéticas tienden a emplear más estrategias de afrontamiento de evitación, tal como la resignación y el aislamiento, si se compara con los hombres con diabetes (Gafyels y Wandell, 2005) y por ende, tienden a percibir menos apoyo social que los hombres diabéticos (Inouye, Li, Davis y Arakaki, 2012) o mayor deterioro

ro en sus relaciones sociales (Kalra, et al., 2010; Marín, Holtzman, DeLongis, y Robinson, 2007).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser afectadas por otras variables tales como la edad, el sexo, la religión, el locus de control y el optimismo (Awasthi y Mishra, 2007). En relación con esta última variable se afirma que las personas pesimistas tienden en mayor medida a emplear estrategias de afrontamiento de evitación al problema si se compara con las personas optimistas que usan en su mayoría estrategias de afrontamiento de aproximación al problema (Carver y Connor-Smith, 2010; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006). En este mismo sentido, Fowler (2010) plantea que la relación del optimismo con las estrategias de afrontamiento, va a depender de la forma cómo se mida el optimismo y sobre el tema que se aborde, es decir, parecie-

ra que las estrategias de afrontamiento de tipo aproximativo están mayormente relacionadas con el optimismo en dominios específicos, mientras que las estrategias de tipo evitativo se encuentran relacionadas con el optimismo disposicional y de dominio específico. Por su parte, Vollmann, Renner y Weber (2007) agregan que generalmente la personalidad y el comportamiento de los pesimistas tienden a ser percibidos más negativamente en comparación con los optimistas, es decir, los primeros tienen mayor probabilidad de suscitar respuestas negativas en su entorno social que los segundos, sin embargo, no existen diferencias entre optimistas y pesimistas en las respuestas o apoyo que pudieran recibir de los otros cuando lo requieren, es decir, el apoyo percibido se ve alterado por la personalidad optimista-pesimista más no la cantidad de personas (redes sociales)

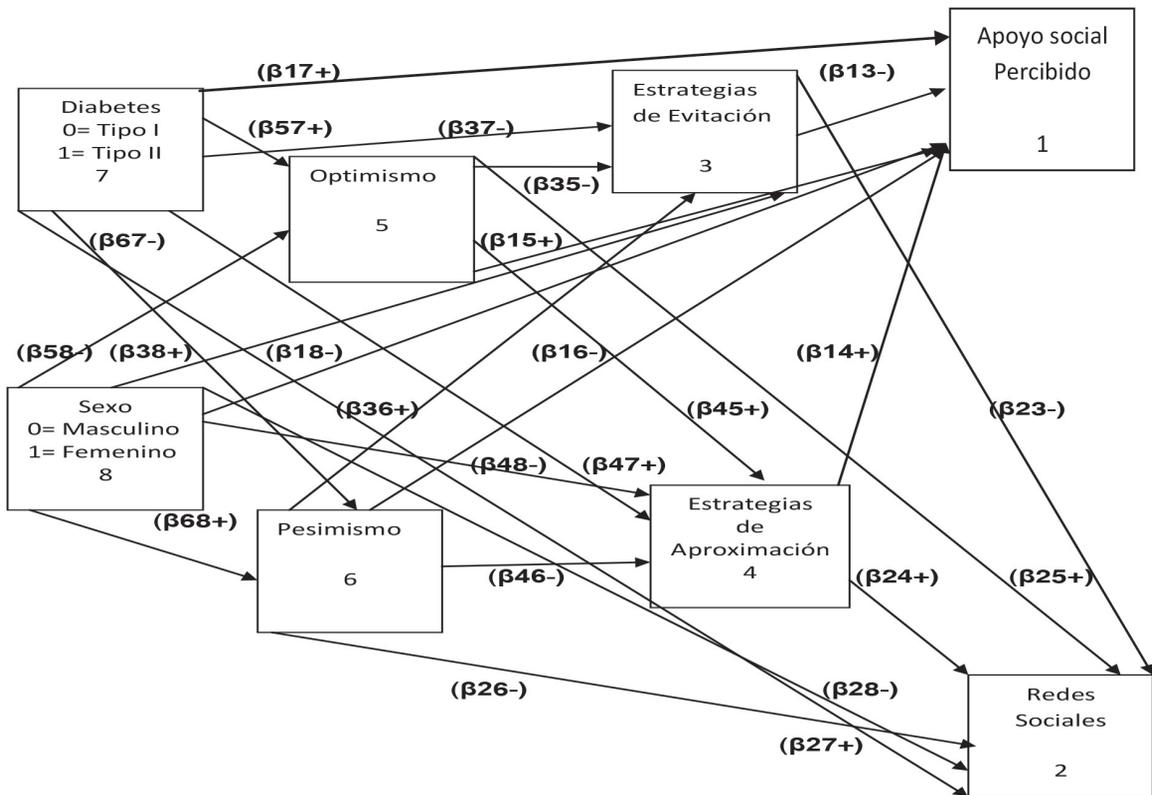


Figura 1. Diagrama de ruta propuesto.

Nota: Cada flecha representa la relación asimétrica propuesta entre las dos variables. Los coeficientes beta indican la magnitud y dirección del efecto (positiva o negativa) y los números indican las variables implicadas (p ej., la relación $\beta 13-$ indica que las personas que emplean estrategias de afrontamiento de evitación tendrán menos apoyo social percibido). F. Biparental = familia biparental; F. Monoparental = familia monoparental. Diferencias de medias mediante ANOVAs en agresión física: a-b ($F_{1,97} = 7,814, p = 0,006$); c-d ($F_{1,125} = 0,087, p = 0,769$); a-c ($F_{1,110} = 0,524, p = 0,470$); b-d ($F_{1,110} = 10,447, p = 0,002$).

con las cuales pudiera relacionarse el sujeto con diabetes (Brissette, Scheier y Carver, 2002; Matud, Caballeira, López, Marrero, e Ibáñez, 2002). Sin embargo, Carver, Scheier y Segers-trom (2010) plantean que los optimistas en comparación a los pesimistas, posee tanto mayor apoyo social percibido como redes sociales, pues siempre tienen expectativas positivas del futuro y están más dispuestos a resolver sus problemas con los demás.

En resumen, derivado de la importancia que tiene el apoyo social en los pacientes diabéticos y cómo algunas variables tales como las estrategias de afrontamiento, el sexo, el optimismo y hasta la misma naturaleza de la enfermedad pueden afectar el apoyo social, la presente investigación se plantea analizar la influencia del tipo de diabetes (1 o 2), las estrategias de afrontamiento, el sexo, el pesimismo y el optimismo sobre las redes sociales y el apoyo social percibido por los sujetos con diabetes y cómo se

relacionan entre sí estas variables, planteando el siguiente modelo para su verificación (ver Figura 1).

MÉTODO

Participantes

300 pacientes entre hombres y mujeres con edades comprendidas entre 17 y 70 años con diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2, teniendo como mínimo 1 año con el diagnóstico de la enfermedad, que no presenten comorbilidad con nefropatía diabética, retinopatía diabética y depresión diagnosticada, ni amputaciones de miembro alguno. Para la selección de los sujetos se empleó un tipo de muestreo no probabilístico de tipo *propositivo* según Kerlinger y Lee (2002). A continuación se detallan algunos datos sociodemográficos en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes en su totalidad y por tipo de diabetes

	Muestra total	Grupo Tipo 1	Grupo Tipo 2
Mujeres	197	43	154
Hombres	103	38	65
Edad (media)	49 años	29 años	57 años
Nivel de instrucción (media)	bachillerato completo	universitario incompleta	bachillerato completo
Tiempo de diagnóstico (media)	10 años	12 años	9 años

Instrumentos

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento. Diseñado por Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor en 1992. Para la presente investigación se utilizó la adaptación realizada por Zaragoza en el 2006. El cuestionario se encuentra constituido por 41 ítems en escala tipo likert donde 1 significa «nunca», 2 «rara vez», 3 «algunas veces», 4 «a menudo» y 5 «la mayoría de las veces». Evalúa siete estrategias de afrontamiento las cuales son: evasión (7 ítems), pensamiento desiderativo (5 ítems), culpabilización de otros (6 ítems), resignación (5 ítems), búsqueda de apoyo social (8 ítems), pensamiento positivo (5 ítems) y planificación y búsqueda de soluciones (5 ítems). La suma de las dimensiones «búsqueda de apoyo social», «pensamiento positivo» y «planificación y búsqueda de soluciones» conforma *las estrategias de aproximación al problema*; y la suma de las dimensiones «evasión», «pensamiento desiderativo», «culpabilización de otros» y «resignación» conforma *las estrategias de evitación del problema*. En la validación del instrumento realizada por Zaragoza (2006) para la población venezolana, el cuestionario mostró coeficientes alphas superiores a 0,80 y una estructura factorial cónsona con la teoría donde se explicó el 66, 127% de la varianza total. A mayor calificación mayor uso de cada tipo de estrategia.

Life Orientation Test (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges, 1994; versión en español de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro, 1998. Consta de 10 ítems en escala likert de cinco puntos, donde 0 significa «totalmente en desacuerdo», 1 «en desacuerdo», 2 «indiferente», 3 «de acuerdo» y 4 «totalmente de acuerdo».

0 significa «totalmente en desacuerdo», 1 «en desacuerdo», 2 «indiferente», 3 «de acuerdo» y 4 «totalmente de acuerdo».

Seis ítems pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional en tanto que los otros cuatro ítems son «de relleno» y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. De los seis ítems de contenido, tres están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y tres en sentido negativo (dirección pesimismo). Posee en la población venezolana con enfermedades crónicas, un índice de consistencia interna global de 0,38; y por cada dimensión de 0,60 (optimismo) y 0,34 (pesimismo). Se corrige por cada dimensión (optimismo/pesimismo) y tiene una estructura factorial compuesta por 2 factores explicando el 35,48% de la varianza total. A mayor calificación en la dimensión mayor característica del rasgo.

Cuestionario de Apoyo Social MOS de Sherbourne y Stewart (1991). Adaptado por Rondón y Lugli (2010), fue desarrollado a partir de un estudio de dos años llevado a cabo en USA en pacientes con patologías crónicas. Se trata de un cuestionario auto administrado de 20 ítems. El primer ítem evalúa apoyo estructural y los demás (19 ítems) apoyo funcional. Explora 5 dimensiones de apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Sin embargo según los estudios realizados por Sherbourne y Stewart (1991), las dimensiones emocional e informativa conforman una misma dimensión que se pudiera denominar soporte comunicacional. Se pregunta en una escala de 5 puntos (nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de veces y siempre) con qué frecuencia está disponible para el entrevistado dicho apoyo. Posee en la población venezolana con enfermedades crónicas, un índice de consistencia interna global de 0,89, y por cada dimensión mayor a 0,70. En relación con la validez, en esta población posee una estructura factorial diferente comparada a su versión original, explicando el 50,66% de la varianza total a través de tres factores (Rondón y Lugli, 2010). Su forma de corrección es mediante la suma de los 19 ítems que miden apoyo funcional percibido, indicando a mayor calificación un mayor apoyo social.

Escala de Social Network and Support. Es originalmente una versión condensada del Interview Schedule for Social Interaction de Henderson et al. (1980). Su objetivo es medir las

redes sociales, en su dimensión de integración social. Se empleó la versión traducida al español realizada por Feldman (2002), la cual consta de 5 ítems, cada uno con 6 opciones (ninguna, 1-2, 3-5, 6-10, 11-15 y más de 15). La calificación menor es de 5 puntos y la mayor es de 30 puntos. A mayor calificación mayor red social (Feldman, 2002). Posee en la población venezolana con enfermedades crónicas, un índice de consistencia interna (alpha de cronbach) de 0,79 y una estructura unifactorial que explica el 55,25% de la varianza total (Rondón y Lugli, 2010).

Procedimiento

Se entrevistaron en 5 meses aproximadamente 450 personas de ambos sexos diagnosticados con diabetes mellitus que asistían a distintos centros de salud de la ciudad de Caracas. Del total de entrevistados, se seleccionaron 300 sujetos pues eran los que cumplían con los criterios que se señalaron en el apartado «participantes». A los seleccionados se les indicó el propósito de la investigación y se le solicitó su consentimiento de participación por escrito, cumpliéndose así con los parámetros éticos de la investigación. La aplicación de los cuestionarios fue en forma de entrevista tanto de manera grupal como individual. Completados los datos de los 300 participantes se continuó con su codificación y vaciado en el paquete estadístico SPSS 15 con la finalidad de realizar los análisis estadísticos pertinentes y así dar respuestas a los objetivos de la investigación.

Análisis de datos

Con el propósito de describir el comportamiento de las variables en estudio y de cumplir los supuestos requeridos para calcular las regresiones múltiples, y así ejecutar el análisis de ruta (path analysis) se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central, de dispersión y de las características de la distribución de las variables en estudio. Posteriormente se calcularon las asociaciones entre las variables mediante el coeficiente r de Pearson. Luego de

cumplir los supuestos para el análisis de regresión y de realizar los análisis descriptivos pertinentes, se ejecutó el análisis de ruta. Para tal fin se calcularon las regresiones múltiples con el método «paso a paso» para cada variable endógena del modelo planteado (apoyo percibido, redes sociales, estrategias de evitación, estrategias de aproximación, optimismo y pesimismo). Se obtuvieron los coeficientes de correlación múltiple, el coeficiente de determinación y los coeficientes b y β para cada una de las variables predictoras involucradas en el modelo de regresión. Tras obtener el modelo definitivo se procedió a contrastarlo con el inicialmente propuesto.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

Con el propósito de describir cómo son las redes sociales, el apoyo percibido, las estrategias de evitación, las estrategias de aproximación, el pesimismo, el optimismo, el tipo de

diabetes y el sexo en los participantes de la investigación y de garantizar el supuesto de distribución normal de las variables, a continuación se presentan los análisis de los estadísticos descriptivos de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión (desviación típica y coeficiente de variación) y de las características de la distribución (asimetría y curtosis) (Tabla 2).

Asociación de las variables en estudio

Para garantizar el supuesto de baja multicolinealidad entre las variables y así proceder a realizar el análisis de ruta, existen las correlaciones bivariadas, las cuales deben ser bajas. En la Tabla 3 se exponen las correlaciones entre las variables en estudio, incluyendo la variable edad, debido a que como se ha mencionado se encuentra íntimamente ligada a la aparición de la diabetes. Se observa que todas las correlaciones son bajas o moderadas exceptuando la de edad con diabetes la cual es alta, positiva y significativa.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables en estudio

Variables	Media	Mediana	Moda	DT	Asimetría	Curtosis	Rango	Mínimo	Máximo
Redes.Soc	14,76	14	14	4,56	0,65	0,18	25	5	30
Apoyo.Perc	63,29	66	76	11,92	-0,93	0,17	54	22	76
Estr.Evita	69,06	69	67	15,2	0	-0,31	81	30	111
Estr.Aprox	72,12	73	70	10,15	-0,45	-0,38	46	44	90
Optimismo	17,47	18	20	2,09	-0,7	0,5	11	9	20
Pesimismo	6,77	6,5	6	2,48	0,486	0,008	12	3	15

Nota: Redes.Soc = redes sociales, Apoyo.Perc = apoyo percibido, Estr.Evita = estrategias de evitación, Estr.Aprox = estrategias de aproximación.

Tabla 3. Correlaciones entre las variables de estudio

	Sexo	Edad	Diabetes	Optimismo	Pesimismo	Estrategias de aproximación	Redes sociales	Apoyo Percibido	Estrategias de evitación
Sexo	—	0,12*	0,16*	0,19*	-0,008	0	-0,02	0,01	-0,08
Edad		—	0,80*	0,11*	0,02	-0,06	-0,18*	-0,17*	0,09
Diabetes			—	0,13*	0,06	-0,06	-0,14*	-0,10	0,07
Optimismo				—	-0,20*	0,34*	0,05	0,23*	0,12*
Pesimismo					—	-0,10	0,03	-0,07	0,15*
Estrategias de aproximación						—	0,14*	0,44*	0,28*
Redes sociales							—	0,29*	-0,13
Apoyo percibido								—	0,05

Nota: Sexo: masculino (0) femenino (1); Diabetes: tipo 1 (0) tipo 2 (1). * $p < 0,05$.

Análisis de trayectorias (path analysis)

Con el objetivo de verificar las relaciones que se plantean entre las variables en estudio se llevó a cabo el análisis de ruta (path analysis), tomando como nivel de significación un alpha de 0.05. Se obtuvieron los coeficientes de correlación múltiple, el coeficiente de determinación y los coeficientes *b* y β para cada una de las variables predictoras involucradas en el modelo de regresión.

Apoyo social percibido. En la Tabla 4 se observa una correlación múltiple moderada y positiva (0,465) con la mejor combinación lineal de las variables estrategias de aproximación,

estrategias de evitación, optimismo, pesimismo, sexo y diabetes. El coeficiente de correlación ajustado fue de 0,20, es decir, el modelo explica el 20% de la varianza total de manera significativa ($F=13,44$; $gl=6$; $p=0,000$). Al evaluar por medio del coeficiente β , las magnitudes del efecto directo de cada una de las variables por separado sobre el apoyo percibido, se encontró que la variable que más aporta a la predicción es la relacionada con las estrategias de aproximación con una correlación positiva, moderada y significativa ($\beta= 0,419$ $p < 0,01$). Sin embargo, las demás variables incluidas en el modelo por si solas no tuvieron un efecto significativo en la predicción del apoyo percibido.

Tabla 4. Resumen del modelo y coeficientes *B* y *Beta* para las variables de apoyo social percibido y redes sociales

<i>Variable predicha: Apoyo percibido</i>							
<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² corregida	<i>ET</i>	Durbin-Watson			
0,465	0,216	0,2	10,66	2,04			
			Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
			<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	
						<i>p</i>	
Estrategias de aproximación			0,492	0,068	0,419	7,24	0,000
Estrategias de evitación			-0,054	0,044	-0,068	-1,22	0,221
Pesimismo			0,041	0,26	0,009	0,15	0,874
Optimismo			0,62	0,331	0,109	1,87	0,062
Diabetes			-2,489	1,433	-0,093	-1,73	0,083
Sexo			0,008	1,345	0,000	0,00	0,995
<i>Variable predicha: Redes sociales</i>							
<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² corregida	<i>ET</i>	Durbin-Watson			
0,288	0,083	0,064	4,42	1,93			
			Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
			<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	
						<i>p</i>	
Constante			11,986	2,885		4,15	0,000
Diabetes			-1,283	0,594	-0,125	-2,16	0,032
Sexo			-0,284	0,557	-0,03	-0,50	0,611
Optimismo			0,131	0,137	0,06	0,95	0,34
Pesimismo			0,198	0,108	0,108	1,83	0,067
Estrategias de aproximación			0,086	0,028	0,191	3,04	0,003
Estrategias de evitación			-0,063	0,018	-0,21	-3,49	0,001

Nota: Sexo: masculino (0) femenino (1); Diabetes: tipo 1 (0) tipo 2 (1).

Redes sociales. Se evidencia en la Tabla 4 una correlación múltiple baja y positiva (0,288) con la mejor combinación lineal de las variables estrategias de aproximación, estrategias de evitación, optimismo, pesimismo, sexo y diabetes. El coeficiente de correlación ajustado fue

de 0,064, es decir, el modelo explica el 6,4% de la varianza total de manera significativa ($F=4,40$; $gl=6$; $p=0,000$). Al evaluar por medio del coeficiente β , las magnitudes del efecto directo de cada una de las variables por separado sobre las redes sociales, se encontró que

la variable que más aporta a la predicción es la relacionada con las estrategias de evitación con una correlación negativa, baja y significativa ($\beta = -0,210$ $p < 0,01$), seguida de la variable estrategias de aproximación, con una asociación positiva, baja y significativa ($\beta = 0,191$ $p < 0,01$), y de la variable diabetes con una asociación negativa, baja y significativa ($\beta = -0,125$ $p < 0,05$).

Estrategias de evitación. En la Tabla 5 se muestra una correlación múltiple baja y positiva (0,251) con la mejor combinación lineal de las variables optimismo, pesimismo, sexo y diabetes. El coeficiente de correlación ajustado

fue de 0,050, es decir, el modelo explica el 5 % de la varianza total de manera significativa ($F=4,94$; $gl=4$; $p=0,000$). Al evaluar por medio del coeficiente β , las magnitudes del *efecto directo* de cada una de las variables por separado sobre las estrategias de evitación, se encontró que la variable que más aporta a la predicción son el pesimismo con una correlación positiva, baja y significativa ($\beta = 0,185$ $p < 0,01$), seguida de la variable optimismo, con una asociación también positiva, baja y significativa ($\beta = 0,174$ $p < 0,01$), y de la variable sexo con una asociación negativa, baja y significativa ($\beta = -0,121$ $p < 0,05$).

Tabla 5. Resumen del modelo y coeficientes *B* y *Beta* para las variables estrategias de evitación y estrategias de aproximación

<i>Variable predicha: Estrategias de evitación</i>							
<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² corregida	<i>ET</i>	Durbin-Watson			
0,251	0,063	0,05	14,82	1,80			
			Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
			<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>Beta</i>		
					<i>t</i>		
					<i>p</i>		
Pesimismo			1,131	0,354	0,185	3,19	0,002
Optimismo			1,265	0,43	0,174	2,94	0,004
Diabetes			1,892	1,972	0,055	0,96	0,338
Sexo			-3,859	1,855	-0,121	-2,08	0,038
<i>Variable predicha: Estrategias de aproximación</i>							
<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² corregida	<i>ET</i>	Durbin-Watson			
0,367	0,135	0,123	9,50	1,77			
			Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
			<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>Beta</i>		
					<i>t</i>		
					<i>p</i>		
Pesimismo			-0,107	0,227	-0,026	-0,472	0,637
Optimismo			1,763	0,276	0,364	6,392	0,000
Diabetes			-2,325	1,265	-0,102	-1,838	0,067
Sexo			-1,14	1,19	-0,053	-0,958	0,339

Nota: Sexo: masculino (0) femenino (1); Diabetes: tipo 1 (0) tipo 2 (1).

Estrategia de aproximación. Se observa en la Tabla 5 una correlación múltiple moderada y positiva (0,367) con la mejor combinación lineal de las variables optimismo, pesimismo, sexo y diabetes. El coeficiente de correlación ajustado fue de 0,123, es decir, el modelo explica el 12,3% de la varianza total de manera significativa ($F=11,48$; $gl=4$; $p=0,000$). Al evaluar por medio del coeficiente β , las magnitudes del *efecto directo* de cada una de las variables por separado sobre

las estrategias de aproximación, se encontró que la variable que más aporta a la predicción es el optimismo con una correlación positiva, moderada y significativa ($\beta = 0,364$ $p < 0,01$).

Optimismo. Se evidencia en la Tabla 6 una correlación múltiple baja y positiva (0,219) con la mejor combinación lineal de las variables sexo y diabetes. El coeficiente de correlación ajustado fue de 0,041, es decir, el modelo explica el 4,1% de la varianza total de manera

significativa ($F=7,46$; $gl=2$; $p<0,01$). Al evaluar por medio del coeficiente β , las magnitudes del *efecto directo* de cada una de las variables por separado sobre el optimismo, se encontró que la variable que más aporta a la predicción es el sexo con una correlación positiva, baja y significativa ($\beta=0,176$ $p<0,01$).

Pesimismo. En la Tabla 6 se muestra una correlación múltiple baja y positiva (0,066) con

la mejor combinación lineal de las variables sexo y diabetes. El coeficiente de correlación ajustado fue de -0,002, es decir, el modelo no explica la varianza total ($F=0,65$; $gl=2$; $p>0,05$). Al evaluar por medio del coeficiente β , las magnitudes del *efecto directo* de cada una de las variables por separado sobre el pesimismo, se encontró que tanto el sexo y la diabetes no tuvieron efectos significativos sobre el pesimismo.

Tabla 6. Resumen del modelo y coeficientes B y $Beta$ para las variables de optimismo y pesimismo

Variable predicha: Optimismo							
R	R^2	R^2 corregida	ET	Durbin-Watson			
0,219	0,048	0,041	2,04	1,81			
			Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
			B	ET	$Beta$	t	p
Diabetes			0,493	0,27	0,105	1,827	0,069
Sexo			0,774	0,253	0,176	3,067	0,002
Variable predicha: Pesimismo							
R	R^2	R^2 corregida	ET	Durbin-Watson			
0,066	0,004	-0,002	2,49	1,99			
			Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
			B	ET	$Beta$	t	p
Diabetes			0,371	0,328	0,066	1,13	0,259
Sexo			-0,1	0,307	-0,019	-0,327	0,744

Nota: Sexo: masculino (0) femenino (1); Diabetes: tipo 1 (0) tipo 2 (1).

Al evaluar los *efectos indirectos* (producto de los coeficientes en rutas indirectas entre una variable y otra variable) se observa que el efecto indirecto más alto en el modelo es el presentado por las estrategias de aproximación, la cual se encuentra influenciada por la variable sexo a través del optimismo (0,064), sin embargo, por su magnitud no se puede hablar de efecto indirecto significativo en el modelo resultante.

En conclusión, algunas relaciones planteadas fueron corroboradas, otras resultaron no significativas y otras en dirección inversa a lo que la bibliografía y las hipótesis del estudio planteaban, dando origen al siguiente modelo teórico (Figura 2).

DISCUSIÓN

Derivado de las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales de la diabetes, quien la

padece posee una mayor necesidad, de distintas formas de apoyo social, no obstante, como sostiene Pelechano (2008), es muy probable que encuentren más dificultades en comparación a las personas no enfermas en recibir ese apoyo, debido probablemente al deseo de apoyo versus a la necesidad de independencia por parte de la persona con diabetes; o por los sentimientos encontrados (amor, sacrificio y enojo) por parte del familiar o amigo (Castro, 2006).

Tomando en consideración las dificultades que pueden presentar las personas con diabetes en sus interacciones sociales, y que en el área de la salud se ha comprobado que el apoyo social aumenta la probabilidad de un mayor ajuste a la enfermedad (Herrera y et al., 2007; Martínez y Torres, 2007; Matud et al., 2002; Uchino, 2006), la presente investigación tuvo como propósito analizar el efecto de algunas variables psicosociales y de la enfermedad

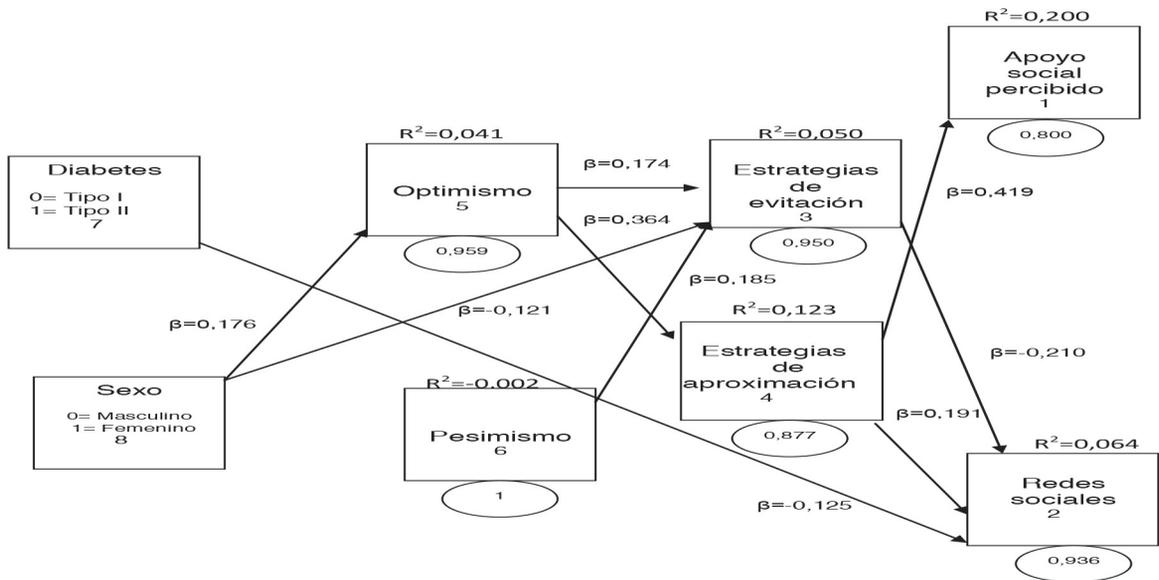


Figura 2. Diagrama de ruta resultante. Cada flecha representa la relación asimétrica obtenida entre las variables. Los coeficientes beta indican la magnitud y dirección de cada efecto. Los números que se encuentran dentro del ovalo indican el error dentro del modelo. Por último el coeficiente de determinación de cada modelo se encuentra situado encima de cada variable predicha.

sobre el apoyo social de las personas con diabetes.

En el área de la salud se estima que una variable que se encuentra estrechamente ligada al apoyo social son las «estrategias de afrontamiento», pues como afirman Ledon et al. (2007), la búsqueda de apoyo social es la estrategia que con mayor frecuencia emplean los diabéticos para afrontar su enfermedad, por lo tanto, este es el primer efecto que se propone en el modelo y es el primer resultado por analizar:

En relación con el efecto directo que ejercen las estrategias de aproximación y de evitación al problema sobre el apoyo social percibido y las redes sociales, se encontró que los sujetos con diabetes que emplearon estrategias de aproximación al problema tuvieron una mayor red social y un mayor apoyo social percibido, mientras que los que emplearon las estrategias de evitación al problema tuvieron una menor red social. Estos resultados son cónsonos con los que se esperaban, pues entre las estrategias de aproximación al problema se encuentra la búsqueda de apoyo social, y entre las estrategias de evitación al problema se encuentran conductas tales como la evitación y el culpar a otros. En este sentido, Ortiz (2006) plantea que los suje-

tos que usan estrategias de evitación al problema cuentan con menor apoyo social, ya que se centran en la emoción y generalmente poseen una autoimagen negativa. Derivado de esta condición tienden a hacer mayormente interpretaciones erróneas de las conductas de sus compañeros y son más propensos a presentar dificultades para adherirse al grupo social.

Es importante considerar que a diferencia de las estrategias de aproximación al problema, con las estrategias de evitación no se encontró una relación significativa con el apoyo social percibido. Esto se pudiera deber a que como sostienen Terol et al. (2004), el apoyo social percibido es una valoración cognoscitiva que hace el sujeto de estar recibiendo apoyo, mientras que las redes sociales hacen referencia al conjunto de personas con el cual se vincula el sujeto, por tal motivo, esta última medida por ser más objetiva, pareciera ser más sensible al efecto de las estrategias de afrontamiento (comportamientos).

Otras de las variables que se encuentra ligada, tanto a las estrategias de afrontamiento como al apoyo social, son el optimismo y el pesimismo (Carver y Connor-Smith, 2010; Carver, et al., 2010; Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop y Klapp, 2002). Sin embargo, en el

presente estudio, en relación con el efecto directo de estas variables sobre el apoyo social percibido y las redes sociales, se encontró que no influyen directamente sobre éstas últimas. Estos resultados son inesperados ya que Brissette et al. (2002) y Carver, et al., (2010) afirman que las personas optimistas tienen mayor apoyo social. No obstante, Brissette et al. (2002) encontraron que el optimismo-pesimismo se encuentra relacionado con el apoyo social percibido y no con el mantenimiento de las redes sociales cuando se llevaron a cabo estudios transversales, y sostienen que posiblemente para observar una relación con esta última se deben realizar más bien estudios longitudinales, de manera que haya oportunidades de conocer nuevas personas y el sujeto pueda reportar este aumento en su red social. En este mismo sentido, en un estudio realizado por Quiceno, Vinaccia y Remor (2011) sobre resiliencia (el cual es un constructo que comparte muchas características con el optimismo) encontraron que ésta no incide sobre las redes sociales ni sobre el apoyo percibido, sino al transcurrir tres meses.

Aunque el optimismo y el pesimismo no tuvieron un efecto directo sobre el apoyo social percibido y las redes sociales del sujeto con diabetes, ejercieron un efecto indirecto sobre ambas variables a través de las estrategias de afrontamiento. Consecuentemente con esto, el optimismo tiene efectos a través de las estrategias de evitación y de aproximación al problema sobre las redes sociales (mostrando una relación positiva con ambos tipos de estrategias), donde como se expresó anteriormente las estrategias de tipo evitativas mantienen al final una relación negativa con las redes sociales, y las aproximativas una relación positiva. También el optimismo a través de las estrategias de aproximación al problema ejerció influencia sobre el apoyo percibido (mayor optimismo, mayor empleo de estrategias aproximativas, mayor apoyo percibido).

Los resultados indican que los sujetos optimistas emplearon mayor estrategia de aproximación al problema y esto conllevó a tener mayores redes sociales y apoyo social percibido. Sin embargo, cuando el optimismo se encontró relacionado con las estrategias de evitación tuvo como efecto una disminución en la

red social, esto se puede explicar debido a que «culpar a otros» y «evadir» son tipos de estrategias de evitación: el «culpar a otros» puede estar relacionado con una reducción de las redes sociales, mientras que «evadir» tal como sostienen Rodríguez-Marín et al (1993) puede, en algunas ocasiones, representar un factor protector en situaciones irreversibles, y por ende contribuir así a la visión optimista de dichas situaciones.

Esta relación indirecta entre el optimismo y el apoyo social (apoyo social percibido y redes sociales) es congruente con los hallazgos encontrados en otras investigaciones (Carver y Connor-Smith, 2010; Carver, et al., 2010; Rose et al., 2002; Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009) donde se plantea que el optimismo está asociado con un alto apoyo social, y que esta relación se explica, a través del efecto mediador que ejercen las estrategias de afrontamiento en la relación, puesto que una persona optimista mantiene un rol activo ante los problemas (Sanjuán, Pérez-García, Rueda y Ruiz, 2008) lo que implica la búsqueda de soluciones y esto deriva en la búsqueda de apoyo social.

Es importante considerar que el optimismo también tuvo influencia directa sobre las estrategias de evitación al problema, en el sentido que a mayor optimismo mayor empleo de este tipo de estrategia. Este hallazgo es contrario a lo que se esperaba de acuerdo a Carver y Connor-Smith (2010). Sin embargo, estos resultados podrían indicar, tal como sostienen Roth y Cohen (1986), que ambos tipos de estrategias no son excluyentes entre sí (Rodríguez-Marín, Pastory López-Roig, 1993).

Por otra parte, el pesimismo tuvo influencias sobre las redes sociales a través de una relación mediada por las estrategias de evitación al problema, es decir, a mayor pesimismo, mayor estrategia de evitación al problema y menores redes sociales. El hecho de que las personas con una visión pesimista del futuro, presenten mayor empleo de estrategias de evitación al problema y en consecuencia, tengan menor apoyo social ha sido sostenido por diversas investigaciones (Carver, et al., 2010; Martínez-Correa et al., 2006). En tal sentido, una persona que tenga una expectativa negativa del futuro se relaciona con conductas de evitación, resignación

y el culpar a otros de sus padecimientos, y esta conducta se relaciona con una pequeña red social, ya que el sujeto evita la compañía de otros y sus interacciones sociales suelen estar alteradas, como plantea Ortiz (2006).

Con respecto al efecto directo del sexo sobre el apoyo social percibido y las redes sociales de la persona con diabetes, no se halló efecto alguno, este hallazgo es contradictorio con lo sostenido por algunos investigadores (Gómez, 2002; Inouye et al., 2012; Ledón et al., 2007) en cuanto a que las mujeres perciben un menor apoyo social en comparación con los hombres. Sin embargo, aunque no se encontró un efecto directo del sexo sobre el apoyo social percibido y las redes sociales, se halló un efecto indirecto a través de varias vías, a saber:

La primera vía, es el efecto del sexo sobre las redes sociales y el apoyo social percibido, mediada por el optimismo y las estrategias de aproximación (sexo femenino, mayor optimismo, mayor estrategia de aproximación, mayores redes sociales y apoyo social percibido). La segunda vía, es el efecto del sexo sobre las redes sociales mediada por el optimismo y las estrategias de evitación (sexo femenino, mayor optimismo, mayor estrategias de evitación, menores redes sociales). Por último, la tercera vía es el efecto del sexo sobre las redes sociales mediada sólo por las estrategias de evitación (sexo femenino, menores estrategias de evitación, mayores redes sociales).

En estos efectos indirectos se observa que las mujeres diabéticas resultaron ser más optimistas que los hombres diabéticos, y fueron las que con menor frecuencia emplearon estrategias de evitación al problema. Estos resultados son contradictorios a los hallazgos encontrados en otras investigaciones (Gafyels y Wandell, 2005; Inouye et al., 2012; Salcedo-Rocha, García de Alba-García, Frayré-Torres, López-Coutino, 2008; Postigo, Pérez-Echeverría y Sanz, 1999; Vinaccia et al., 2006;) donde se sostiene que las mujeres hacen mayor uso de las estrategias de evitación al problema y suelen ser poco optimistas. Este interesante hallazgo se puede interpretar bajo la óptica de las diferencias socioculturales que implica ser hombre o mujer. Como plantean algunos autores (Borrell, García-Calventey Martí-Bosca, 2004; Cedeño, Al-

faro, y Sánchez, 2009; Gómez, 2002) a pesar que las mujeres suelen tener una esperanza de vida más larga, suelen reportar peor estado de salud, por lo que visitan más los centros de salud que los hombres, en cambio, los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio. Por tal razón, en el área de la salud, en el caso específico de la diabetes, pareciera que los hombres emplean con mayor frecuencia las estrategias de evitación al problema.

Cabe destacar que el hecho de que se encontrara una asociación entre el optimismo y el sexo, no implica que haya una asociación entre sexo y pesimismo, es decir, las diferencias sexuales se observan en torno a las expectativas positivas en cuanto al futuro, no en las expectativas negativas del mismo. Esto es congruente con lo que expone Vargas e Ibáñez (2007) de que las mujeres generalmente presentan más expectativas positivas que los hombres, debido a la educación social que recibieron.

En relación con el efecto directo del tipo de diabetes sobre el apoyo social percibido y las redes sociales, se encontró que el tipo de diabetes solo afectó las redes sociales y no el apoyo social percibido. Es decir, los diabéticos tipo 1 tendieron a poseer mayores redes sociales que los diabéticos tipo 2. Tal efecto se puede deber a la fuerte relación que mantiene la aparición del tipo de diabetes con la edad, es decir, el efecto observado sobre las redes sociales no se debe al tipo de diabetes propiamente dicha, sino a la etapa del ciclo vital donde aparece la enfermedad. La aparición de la diabetes tipo 1 se asocia al período de la juventud, el cual se caracteriza por la articulación, mantenimiento y aumento de las redes sociales (Clemente, 2003). En cambio, la aparición de la diabetes tipo 2 se asocia al período de la adultez mayor y vejez en el ciclo vital, que se caracteriza por el detrimento y deterioro de las redes sociales (Clemente, 2003). Por tal razón, el efecto del tipo de diabetes sobre el apoyo social no se puede considerar concluyente, quedando para investigaciones posteriores clarificar dicho efecto.

Derivado de los hallazgos encontrados en la presente investigación se sugiere que el tipo de

diabetes per se no afecta el apoyo social que tenga una persona con esta condición de salud. Tampoco la variable sexo influye directamente sobre el apoyo social, pero sí a través de relaciones mediadas por el optimismo y las estrategias de afrontamiento tanto de evitación como de aproximación al problema, destacando que son las estrategias de afrontamiento lo que en última instancia determinarán el apoyo social de los sujetos con diabetes. Por tal motivo, pareciera que son los comportamientos que emiten las personas los que determinan en mayor o en menor grado el apoyo social que reciban y al final, su mejor o peor ajuste a la enfermedad. El rol activo que puede tener la persona ante las amenazas que plantea la condición de salud denominado diabetes es sumamente importante para el control de la misma, ya que facilita el soporte social y éste representa un factor protector de la salud en la enfermedad debido a que permite la aceptación y la adherencia al tratamiento. En este mismo sentido, se considera necesario diseñar e implementar estrategias y programas para enseñar al sujeto con diabetes a afrontar su enfermedad de una manera adecuada, ya que esto repercutirá directamente en el apoyo social que perciba y en sus redes sociales, y en última instancia en una mejora de su calidad de vida.

Una de las limitaciones del estudio fue la heterogeneidad de la muestra debido a que la representación de los diabéticos tipo 1 fue de tan sólo un 27% en comparación con el de diabetes tipo 2 que fue de 73%. Aunado a ello entre los diabéticos tipos 2, existían personas insulino dependientes y no insulino dependientes con diferentes tiempos con el tratamiento. Se recomienda realizar nuevamente la investigación controlando la variable cantidad de sujetos por tipo de diabetes, tipo y tiempo con el tratamiento de ambos tipos de diabetes, nivel de instrucción, religión y edad de manera que los grupos sean más homogéneos. Por otra parte, es necesario resaltar que el instrumento empleado para medir optimismo y pesimismo (LOT-R) posee propiedades psicométricas muy cuestionables por lo menos en la población venezolana con enfermedades crónicas, por tal motivo, se recomienda construir y validar cuestionarios que midan optimismo en el área

de la diabetes o al menos en enfermedades crónicas.

En síntesis, el modelo propuesto para conocer cómo el tipo de diabetes, las estrategias de afrontamiento, el sexo, el optimismo y el pesimismo afectan el apoyo social percibido y las redes sociales de las personas con diabetes, y cómo se relacionan estas variables entre sí, fue parcialmente comprobado, debido a que algunas relaciones esperadas no fueron corroboradas y algunas resultaron ser contrarias a lo propuesto, por tal motivo, el modelo propuesto no logró describir completamente las relaciones entre las variables y su efecto sobre el apoyo social percibido y las redes sociales de las personas con diabetes.

REFERENCIAS

- Asenjo, S., Muzzo, S., Pérez, M., Ugarte, F., y Willshaw, M. (2007). Consenso en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 1 del niño y del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 534-541.
- Awasthi, P., y Mishra, R. (2007). Role of coping strategies and social support in perceived illness consequences and controllability among diabetic women. *Psychology and Developing Societies*, 19, 179-197.
- Baquedano, I., Dos Santos, M., Martins, T., y Zanetti, M. (2010). Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18, 1-9.
- Borrell, C., García-Calvente, M., y Martí-Bosca, J. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18, 2-6.
- Brissette, I., Scheier, M., y Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 102-111.
- Carver, C.S., y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., y Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Castro, A. (2006). El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2 [online]. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 7.
- Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Salud Pública*, 31, 425-435.
- Cedeño, M., Alfaro, L., y Sánchez, I. (2009). Análisis epidemiológico de la diabetes mellitus. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 67, 331-336.

- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica [Versión electrónica], *Interdisciplinaria*, 20, 31-60.
- Feldman, L. (2002). *Roles sociales, factores psicosociales y salud en mujeres trabajadoras*. Trabajo de ascenso para optar a la categoría de titular, Universidad Simón Bolívar, Caracas.
- Fowler, S. (2010). *Interactive optimism: a mediator and moderator model for understanding coping*. Tesis de Maestría no publicada, University of Toledo, Ohio.
- Gafyels, C. y Wandell, P. (2005). Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 71, 280-289.
- Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. (4ed). Madrid: Thomson.
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 327-334.
- Guevara-Gasca, M., y Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, 47-55.
- Herrera, L., Quintero, O., y Hernández, M. (2007). Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos. tipo 2. Servicio de endocrinología. IAHULA. Mérida. *Academia*, 6, 62-72.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, DG., & Scott, R. (1980). Measuring social relationships: The interview schedule for social interaction. *Psychological Medicine* 10, 723—734.
- Inouye, J., Li, D., Davis, J., y Arakaki, R. (2012). Ethnic and Gender Differences in Psychosocial Factors in Native Hawaiian, other Pacific Islanders, and Asian American Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 5, 1-11.
- Jiménez, L., Palomares, O., y Montero, F. (2004). Bases diagnosticoterapéuticas de la diabetes mellitus (3ra ed). En L. Jiménez. y F. Montero (Eds). *Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación* (pp. 410-417). México: Elsevier.
- Kalra, S., Kalra, B., Agrawal, N., Sahay, R., Unnikrishnan, A., y Chawla, R. (2010). Coping strategies in diabetes [online]. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology*, 5.
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGrawHill.
- Ledón, L., Agramonte, A., Mendoza, M., Fabrè, B., Hernández, J., y Chirino, J. (2007). Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endócrinas [online]. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18.
- López, C., y Avalos, M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39, 331-345.
- Marín, T., Holtzman, S., DeLongis, A., y Robinson, L. (2007). Coping and the response of others. *Journal of Social and Personal Relationships* 24, 951-969.
- Marrero, R., y Caballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A., y González-Jareño, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72.
- Martínez, B., y Torres, L. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*, 17, 229-241.
- Matud, P., Caballeira, M., López, M., Marrero, R., e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.
- Molina, C., Bahsa, F., y Hernández, M. (2009). Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. *MedULA*, 18, 8-11.
- Molina, A., Acevedo, O., Yañez, M., Dávila, R., y Gonzales, A. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgica*, 18, 13-18.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo I. *Terapia Psicológica*, 24, 139-147.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gática, A., y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*, 20, 5-11.
- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J.A., y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona, España: Ariel Practicum.
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid: Klinik.
- Pérez-Pedrogo, C., y Martínez-Taboas, A. (2011). Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la salud. *Salud y Sociedad*, 2, 44-61.
- Ponce, J., Velázquez, A., Márquez, E., López, L., y Bellido, M. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*, 18, 224-228.
- Postigo, Y., Pérez-Echeverría, M., y Sanz, A. (1999). Un estudio acerca de la diferencias de género en la resolución de problemas científicos. *Enseñanza de las Ciencias*, 17, 247-258.
- Quiceno, J., Vinaccia, S., y Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 27-47.

- Reyes, A. (2003). *Apoyo social y Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis*. Santiago de Cuba, 2003. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud: Universidad de Oriente de Santiago de Cuba.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M., López-Roig, S., y Pastor, M. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométrías del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-84.
- Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 126-162.
- Rondón, J., y Lugli, Z. (2010). *Influencia del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Simón Bolívar, Caracas.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Schirop, T., y Klapp, B. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25, 35-42.
- Roth, S., y Cohen, L. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Salcedo-Rocha, A., García de Alba-García, J., Frayré-Torres, M., y López-Coutino, B. (2008). Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 46, 73-81.
- Sanjuan, P., Pérez-García, A., Rueda, B., y Ruiz, M. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 45-52.
- Sherbourne, C., y Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Simón, M. (1996). *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Terol, M., López, S., Neipp, M., Rodríguez, J., Pastor, M., y Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: Revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35, 23-45.
- Trento, M., Tomellini, M., Basile, M., Borgo, E., Passera, P., Miselli, V., et al. (2007). The locus of control in patients with Type 1 and Type 2 diabetes managed by individual and group care. *Diabetic Medicine*, 25, 86-90.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F., et al. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13, 15-31.
- Vollmann, M., Renner, B., y Weber, H. (2007). Optimism and social support: The providers' perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 2, 205-215.
- Vargas, J., e Ibañez, J. (2007). *Solucionando los problemas de parejas y familia: fundamentos teóricos y alternativas de solución a los conflictos desde la perspectiva del vínculo*. México: Pax.
- Zaragoza, J. (2006). *Severidad de la EPOC y calidad de vida: El rol moderador del afrontamiento y la autoeficacia*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Simón Bolívar, Caracas.