

## Enfoque psicológico del estilo de vida de los adultos medios diabéticos tipo II

### Psychologic approach of the lifestyle of average adults with type 2 diabetes

Yanet Naranjo Sabina, Laura Magda López Angulo, Anais Marta Valladares González

Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la Diabetes Mellitus es considerada por la Organización Mundial de la Salud la pandemia de las enfermedades conductuales, por su estrecha y directa relación con los estilos de vida desarrollados durante la vida.

**Objetivo:** determinar el vínculo entre el estilo de vida, algunos recursos psicológicos relevantes y los estados emocionales en los enfermos de Diabetes Mellitus tipo II.

**Métodos:** estudio de serie de casos en el consultorio 15 perteneciente al Área de salud III, Cienfuegos, 2013. Población: 20 pacientes en el rango de edad de 40-59. Instrumentos: entrevista, Guía para estilo de vida, Inventario de Ansiedad (IDARE) y Test de Zung. Procesamiento: SSPS. Presentación de los resultados: frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** más de la mitad eran mujeres, edad media 52 años, nivel medio de escolarización, trabajadores y con vínculo de pareja. Comorbilidad: Hipertensión arterial. Se halló convergencia entre la adherencia terapéutica y el autocuidado; ninguno tiene estilos de vida saludables, áreas más afectadas: condición física, hábitos alimentarios y relaciones sexuales. Los diabéticos con estilos de vida no saludables utilizan con menor frecuencia los recursos de: satisfacción consigo mismo, firmeza, perseverancia en la toma de decisiones y autocontrol de las emociones. Predominó la ansiedad alta y media como estado y como rasgo y moderada distimia depresiva.

**Conclusiones:** se evidencia el intervínculo entre el estilo de vida no saludable con los estados emocionales negativos como estado y como rasgo con los recursos personalológicos no dirigidos al manejo adecuado ante la enfermedad.

**Palabra clave:** estilo de vida; recursos personalológicos; estados emocionales; Diabetes Mellitus tipo II.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes Mellitus is considered by WHO as the pandemic of behavioral diseases due to its close and direct relationship with lifestyles.

**Objective:** to determine the link between lifestyle, some relevant personological resources and emotional states in adult patients with Type II Diabetes Mellitus.

**Methods:** study of case series from Consulting Office 15, belonging to the Area of Health III, Cienfuegos, 2013. Population: 20 persons: all the patients in the age range of 40-59. Instruments: Interview, Guide for Lifestyle, Anxiety Inventory (STAI) and Zung Test. Processing: SPSS. Presentation of results: absolute numbers and frequencies.

**Results:** Sex: more than half are women; average age 52; average level of schooling, workers and couples. Comorbidity: Arterial hypertension. The longer the history of the illness, the higher the comorbidity. Convergence between therapy adherence and self-care was found; Lifestyle: none have healthy lifestyles. Most affected areas: physical fitness, eating habits and sex. Personological resources; Patients with unhealthy life styles used less frequently resources as satisfaction with themselves. With poor firmness and perseverance in decision making and in self-control of emotions. Emotions: predominance of middle and high anxiety as a condition and as a trait and moderate depressive dysthymia in patients with unhealthy life styles.

**Conclusions:** There is evidence of a bond between unhealthy lifestyles and negative emotional states as a condition and as a trait; with personological resources which are not directed to the proper management of the disease.

**Keywords:** lifestyle; personological resources; emotional states; Type II Diabetes Mellitus.

---

## INTRODUCCIÓN

El estilo de vida es una estructuración en las diferentes áreas de la vida cotidiana según la conformación e integración de los sistemas de actividades, comunicación, hábitos y enfrentamiento a los problemas. Tal estructuración constituye una estrategia y actitud del sujeto ante la vida.

Los patrones de comportamiento y afectivo-motivacionales indican las características y la forma en que se conforman e interrelacionan las configuraciones de la personalidad y nos permiten nominar la estructuración de la cotidianidad del sujeto.<sup>1</sup>

---

*Vigotsky* afirma que en el proceso salud-enfermedad, el hombre debe redimensionarse como un ente activo, en tanto el carácter mediatizador de la conciencia en la regulación de la actuación es determinante en el desarrollo de la personalidad del sujeto en el enfrentamiento a procesos patológicos y en la toma de decisiones.<sup>2</sup>

La responsabilidad individual se convierte en factor cardinal para el incremento, mantenimiento, restablecimiento y optimización del estado sanitario de la persona.

El incremento de la afectación por Diabetes Mellitus (DM) a nivel mundial ha sido dramático durante las últimas décadas, es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas de todo el mundo y es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente como la pandemia de las enfermedades conductuales en este siglo, pues es el síndrome que tiene una estrecha y directa relación con los estilos de vida no saludable desarrollados durante la vida.<sup>3</sup>

La alta incidencia y prevalencia convocan a la disciplina de la Psicología de la Salud a estudiar una realidad compleja, dilémica y plural como el proceso salud-enfermedad donde los escindidos modelos tradicionales resultan inefectivos, en este sentido la categoría estilo de vida podría funcionar como noción integradora en el marco de una epistemología convergente por su decursar histórico.<sup>1</sup>

Se han encontrado investigaciones<sup>3,4</sup> que han colocado el acento en la relación entre estados emocionales negativos y la diabetes, la repercusión del estilo de vida en la diabetes, pero no se han hallado investigaciones que tengan en cuenta el interflujo entre los recursos psicológicos (capacidad de decisión, autocontrol de las emociones, confianza en sí mismo, satisfacción consigo mismo), los estados emocionales negativos (ansiedad y depresión) y el estilo de vida, lo que lo convierte en un terreno virgen de indagación.

Todo lo expuesto anteriormente justifica los siguientes objetivos: caracterizar los pacientes adultos medios con DM tipo II según variables sociodemográficas y clínicas y determinar el intervínculo de las áreas del estilo de vida entre sí, los estados emocionales negativos y los recursos psicológicos con el estilo de vida global.

## MÉTODOS

La investigación se desarrolló sobre la base de un paradigma mixto con un diseño de serie de casos. Escenario de estudio: Consultorio Médico de la Familia #15 en el Policlínico Octavio de La Concepción y de la Pedraja, Área III, municipio de Cienfuegos, en el período estimado desde el mes de septiembre del año 2013 hasta el mes de febrero del año 2014. Población: los 20 pacientes portadores de DM tipo II en el rango de edad de 40 a 59 años.

Durante el proceso de investigación se utilizaron los siguientes métodos del nivel empírico: Análisis de documentos, Entrevista semiestructurada, Guía para estudio del estilo de vida,<sup>5</sup> Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE),<sup>6</sup> escala de depresión de *Zung y Conde*.<sup>7</sup> Variables Estudiadas: Cuantitativas: edad (40-49, 50-59), tiempo de evolución (1-5 años, 6-10, +10). Cualitativas ordinales: nivel de escolaridad (primaria-secundaria-preuniversitario-universitario), peso/talla (tomada de Historia Clínica), estilo de vida (saludable-con riesgo-poco saludable-nada saludable), ansiedad (alto-medio-bajo), depresión (síntomas depresivos neuróticos, moderada

distimia depresiva, severa distimia depresiva). Cualitativas nominales: sexo, ocupación (trabajador-ama de casa-cuenta propia), estado civil (casado-unión consensual-viudo-divorciado-soltero), enfermedades asociadas, adherencia terapéutica (realización de controles médicos, cumplimiento de prescripciones médicas, cambios y limitaciones asumidos), recursos personológicos (confianza en sí mismo, satisfacción consigo mismo, toma de decisiones, autocontrol de las emociones), dieta (si-a veces-no), dificultades en las relaciones sexuales (si-no).

Procesamiento estadístico: Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0, que brindó las posibilidades para el análisis de los datos los cuales se expresaron en frecuencias absolutas y relativas y a través del método de triangulación de datos obtenidos de los instrumentos y triangulación de los resultados lo que permitió un análisis integral de las mismas, además del análisis de contenido. Se utilizaron los estadígrafos de media y moda para la variable edad.

## RESULTADOS

*Características sociodemográficas:* siete de cada diez diabéticos tenían de 50 a 59 años de edad para una edad media de 52 años, más de la mitad son mujeres (55 %) con nivel medio de enseñanza, el 60 % son trabajadores con estado civil casados en un 40 %.

### Comorbilidad y tiempo de evolución de la diabetes

Un tercio de los diabéticos no padecen de otra dolencia, otro tercio presentan enfermedades relacionadas con la Hipertensión en cuantía superior (50 %) seguido de la Hipertensión asociada con la Cardiopatía isquémica y con la Polineuropatía en los pacientes que padecen de diabetes de seis a diez años.

### Adherencia terapéutica y autocuidado

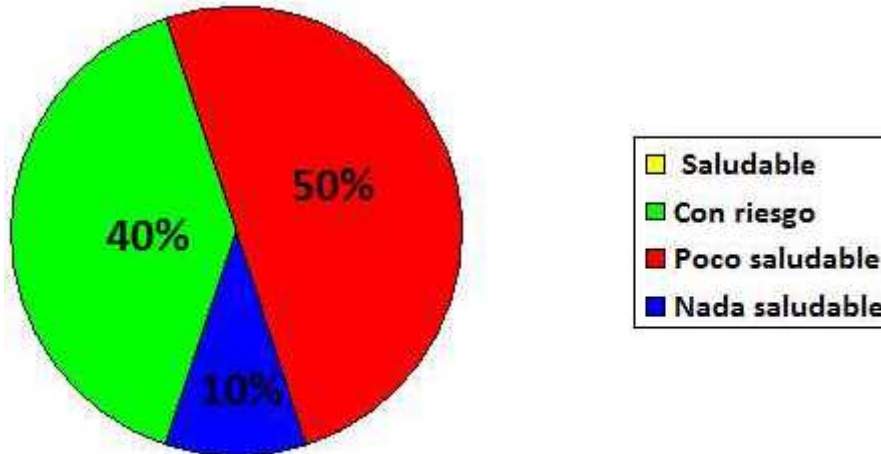
En relación con *controles médicos* el 70 % de los pacientes manifiesta ser cumplidores y de estos el 50 % está ubicados en la categoría de bueno del área de autocuidado, es halagador haber hallado que la totalidad de los pacientes afirmaron cumplir con las prescripciones médicas independiente del nivel bueno (60 %) o regular (40 %) del área.

Ningún paciente se encontró en la categoría de *autocuidado* malo, hubo más frecuencias relativas y absolutas en la categoría de bueno (60 %) por encima de regular. Es importante destacar que las preguntas de la guía del estilo de vida en relación con el autocuidado no están dirigidas específicamente a pacientes con una enfermedad crónica.

En la dimensión cambios, el 85 % testifica haber asumido las orientaciones médicas que conducían a cambios comportamentales y el 100 % alegó que cumplía con las limitaciones indicadas, entre los cambios y limitaciones más referidos por la población estaban la dieta, las frecuencias de la alimentación (6 comidas al día), el tratamiento médico y la realización de determinadas actividades que le resultan ahora más difíciles.

## Estilo de vida

Llama la atención que la categoría de estilo de vida saludable no obtuvo ninguna frecuencia absoluta y precisamente la mitad se ubicó en la categoría de estilo de vida poco saludable (Fig.).



**Fig.** Distribución del nivel del estilo de vida.  
**Fuente:** Guía para el estudio del estilo de vida.

## Intervínculo del estilo de vida con los recursos personalógicos

Los pacientes catalogados con estilo de vida nada saludable (10 %) y poco saludable (50 %) presentaron mayores dificultades en la utilización de los recursos personalógicos: satisfacción consigo mismo y autocontrol de emociones. Tampoco los pacientes clasificados con estilo de vida con riesgo (40 %) utilizaban el recurso satisfacción consigo mismo y diferían en el recurso toma de decisión y autocontrol de emociones.

Según el intervínculo de las áreas del estilo de vida entre sí se obtuvo:

- Variable peso/talla, condición física, hábitos alimentarios y dieta: Resaltan las diferencias entre los normopeso y los obesos en la categoría de regular en las áreas: condición física y hábitos alimentarios, no así en la dieta.
- Área referente a los hábitos tóxicos y al tiempo libre: en ambas predominaron la categoría de bueno, destacando la poca presencia del hábito de fumar (20 %) y el alcoholismo (10 %), en cuanto la utilización del tiempo libre predominaron las actividades dirigidas al descanso y los hobby.
- Área sexualidad: el 55 % de los pacientes declararon dificultades en las relaciones sexuales en la entrevista, de ellos el 40 % se ubicó en la categoría de regular en la guía del estilo de vida; del 45 % que refirió no tener dificultades, el 35 % se ubicó en la categoría de bueno.
- En cuanto al área de estados emocionales de la guía de estilo de vida se obtuvo que el 65 % se ubicó en la categoría de regular y malo a razón de las dificultades en el control de la ira y la toma de decisión.

- En cuanto al vínculo de las emociones negativas: grado de depresión y ansiedad (como estado y como rasgo): Ningún enfermo tenía ansiedad baja como estado, el 50 % presentó ansiedad alta como estado y el 30 % como rasgo y el 60 % de la población estudiada presentó moderada o severa distimia depresiva con el 50 % y 10 % respectivamente, de ellos todos presentan algún grado de ansiedad.

- Vínculo del estilo de vida global con la depresión y la ansiedad: los pacientes que se colocaron en las categorías de estilos de vida poco y nada saludable, conformado por el 60 % de la población, la casi totalidad presentaron ansiedad alta o media como estado y como rasgo, además de depresión en algún grado, con predominio de moderada distimia depresiva.

## DISCUSIÓN

En el estudio se obtuvo en la variable sexo cifras superiores en la prevalencia del sexo femenino, coincidiendo con investigaciones precedentes.<sup>8-10</sup> La prevalencia notable del sexo femenino en la diabetes mellitus puede ser consecuencia de que en las mujeres después de los 40 años suceden cambios hormonales que influyen negativamente en el metabolismo glucídico y lipídico y que además favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arraigados desde su juventud, todos estos factores pueden contribuir a padecer dicha enfermedad. Además se plantea que la mortalidad masculina es mayor que la femenina en casi todas las edades, y por tanto, el porcentaje de mujeres aumenta con la edad y la ventaja numérica masculina desaparece con el tiempo.

Es el estudio predominó el grupo de 50 a 59 años, lo que se corresponde con resultados hallados en anteriores estudios,<sup>8,9,11</sup> esto puede deberse al hecho de que en esta etapa de la vida ocurren una serie de cambios de orden físico, fisiológico y psicológico que pueden influir considerablemente sobre la enfermedad de base, promoviendo su descompensación, además de que en esta etapa se incrementa el sedentarismo, la obesidad y se añaden estilos de vida no saludables que son considerados factores de riesgo en la aparición de enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes.

Predominaron los pacientes con vínculo de pareja (60 %), lo que se corresponde con los resultados de estudios realizados en México, Perú y Cuba.<sup>8,11</sup> En este trabajo no se encontraron frecuencias diferentes entre las categorías del estilo de vida y el estado civil.

### Enfermedades asociadas y tiempo de evolución de la diabetes

La mitad de los pacientes estudiados llevaban conviviendo con la enfermedad entre 6 y 10 años y de ellos el 45 % tenían asociadas otras enfermedades, esto coincide con otros estudios.<sup>12,13</sup> Llama mucho la atención que los tres pacientes con más de 10 años de evolución no tienen polimorbilidad, lo que no coincide con las demás investigaciones consultadas.<sup>9,14</sup>

La dolencia que se asoció con mayor frecuencia relativa a la diabetes fue la hipertensión arterial, seguida de la polineuropatía. Estudios realizados han demostrado la asociación de la hipertensión con el desarrollo de esta enfermedad<sup>9-11,13</sup> por lo que su control reduce la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal.

## Adherencia terapéutica

La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso, conformado por una estructura y dinámica interna que integra un componente personal y uno comportamental propiamente dicho del paciente y un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud. Esta conceptualización enfatiza el sentido psicológico del proceso estudiado al sugerir la participación activa del sujeto y la necesaria relación de comunicación colaboración y acuerdo entre este y su médico para lograr una adecuada adhesión al tratamiento.<sup>15</sup>

En la revisión realizada en las historias clínicas se encontró disonancia entre las respuestas emitidas por los pacientes en el instrumento aplicado en relación con los controles médicos y la realidad plasmada en las Historias Clínicas, pues según estas solo un 25 % fue a consulta dos veces al año, el 60 % se consultó una vez al año y los restantes no se atendieron en el año analizado, es importante señalar que del 85 % que se atendió, un 45 % fue con el motivo de renovar la dieta, esto puede tener dos explicaciones: o bien que los pacientes no se atienden con el médico de la familia o existe un sesgo en lo declarado y lo asumido. El resto de las dimensiones de la adherencia terapéutica no se pudieron corroborar por falta de datos en las historias clínicas.

En la variable estilo de vida, la mayoría de los pacientes tenía un estilo de vida poco saludable y nada saludable, destacándose que el 60 % obtuvo puntajes que son interpretados como estilos de vida no saludable, lo que coincide con varios estudios realizados en Perú, Venezuela y Cuba.<sup>1,8,13</sup> Además, resulta alarmante que ningún paciente declaró tener estilo de vida saludable.

De manera general se encontraron dificultades en cuatro de las siete áreas que incluye la Guía de estilo de vida utilizada (condición física, hábitos alimentarios, sexualidad y estados emocionales).

Existen contradicciones con lo pronunciado en la entrevista por la mayoría de los pacientes en relación a las cuatro dimensiones evaluadas sobre la adherencia, pues a pesar de que la mayoría refirió asumir los cambios, las limitaciones, realizarse los controles médicos y seguir las prescripciones, la totalidad presenta estilos de vida con riesgo, poco y nada saludable.

En este trabajo se reafirma que la dicotomización de la realidad, la dificultad para integrar los cambios y aceptar y superar las barreras tienen su base en la insuficiente mediatización reflexiva, expresada en la resistencia ante lo nuevo y el autoengaño.

A la luz de estos resultados, esta población no expresa su intencionalidad al actuar, teniendo en consideración que la capacidad de asumir el rol de enfermo, su responsabilidad ante su enfermedad de otorgarle un sentido psicológico a su actual situación que le permita integrar los cambios, las limitaciones de comportamiento, en una coherencia, redimensionar su situación de enfermo que los coloque en mejor disposición de cara a un aprendizaje desarrollador.

Más que sesgos o inconsistencia investigativas entre los métodos empíricos utilizados, estos hallazgos están relacionados con los contenidos psicológicos integradores de la personalidad, entre estos contenidos, la no concientización de las necesidades objetivas de salud, ya que solamente consideran como una necesidad para su control metabólico el cumplir con las prescripciones y asistir a consulta, razones por las cuales, los comportamientos relacionados con los estados emocionales, la dieta, los hábitos tóxicos y la satisfacción de la sexualidad no se encuentran jerarquizados en

los motivos, lo que no se convierte en una verdadera tendencia orientadora en las esferas concretas de la vida, la cual se produce como parte del complejo sistema de regulación hacia el mantenimiento de la salud.

### **Intervínculo del estilo de vida con los recursos personológicos**

Más de la mitad de los pacientes afirmaron tener confianza en sí mismo a pesar de que la categoría de estilo de vida no saludable es la que predomina en estos pacientes y así ocurre con la toma de decisión, pero la satisfacción consigo mismo es el recurso menos utilizado en los pacientes con estilos de vida no saludables, así como el autocontrol de emociones.

No hemos encontrado estudios que hayan tratado los recursos personológicos que se abordan en este trabajo, lo cual nos impide realizar comparaciones con estudios anteriores.

En esta etapa del desarrollo se tiende a realizar un balance de las metas alcanzadas y de lo que se tiene o no en la vida, y si además la persona presenta una enfermedad crónica que le exige modificaciones en su estilo de vida, inferimos entonces que esto pudiera influir en que las mayores dificultades se encontraran en la satisfacción consigo mismo.

### **Intervínculo de las áreas del estilo de vida entre sí**

El 60 % de los pacientes fueron clasificados por el equipo de salud como personas con peso adecuado, lo que no coincide con investigaciones anteriores,<sup>10,13</sup> donde la obesidad es preponderante, esto pudiera estar vinculado con el rango de edad estudiado, pues se plantea que la prevalencia de obesidad se incrementa con la edad. El 55 % de la población presentó niveles regulares en condición física y en hábitos alimentarios. Existe concordancia entre los pacientes normopeso y la condición física no así en el sobrepeso y en los obesos.

El 55 % de los diabéticos de la investigación se ubicaron en la categoría de bueno en los hábitos tóxicos, solo la minoría de la población ingiere bebidas alcohólicas (20 %) y el 30 % practica el hábito de fumar.

La mayoría de los pacientes (60 %) refiere disfrutar de su tiempo libre, aunque no sea bastante según ellos debido a que una gran parte son trabajadores que no poseen mucho tiempo para participar de actividades extralaborales. No se encontraron investigaciones que abordaran el tiempo libre en los pacientes diabéticos. Una adecuada distribución del tiempo libre puede contribuir a disminuir en los pacientes los niveles de estrés y los estados emocionales negativos.

En relación con el área de sexualidad, al triangular los resultados obtenidos, hubo convergencia, pues del 55 % de los pacientes que declaró tener dificultades en las relaciones sexuales, el 40 % se encuentra en la categoría de regular en el área de sexualidad y del 45 % que no declaró tener dificultades, el 35 % se ubicó en la categoría de bueno. Ningún paciente valoró de mala su sexualidad. Después de los 40 años ocurren una serie de cambios hormonales en ambos sexos provocados por la menopausia y andropausia, estados que pueden provocar una variedad de síntomas ya sean físicos o psicológicos.

En el área de estados emocionales se obtuvo que el 65 % de los enfermos se ubicó en la categoría de regular y malo a razón de las dificultades en el control de la ira y la toma de decisión.



La relación de las emociones y la salud es bidireccional, es decir; las emociones pueden influir en la génesis y evolución de diversos trastornos, pero a su vez la presencia de determinados trastornos generará la aparición de determinadas emociones según el carácter de la enfermedad (grave, crónico, agudo, crónico, etc.) y la significación que el paciente le atribuya al mismo a partir de su valoración.

La ira es una emoción negativa que puede influir en el desarrollo y agravamiento de la enfermedad, por lo que se hace necesario evitar tanto la ira interna que se refiere a la tendencia a suprimir los sentimientos de enfado antes que a expresarlos física y verbalmente como la expresión externa que hace referencia en cambio, a cuando la experiencia de ira es expresada o manifestada por el individuo en conductas agresivas dirigidas hacia el entorno lo ideal sería lograr el control de la ira que implica acciones por parte del individuo para controlar sus sentimientos de enfado, y en muchos casos intentando resolver el problema que los ha provocado.

En cuanto al vínculo de las emociones negativas: grado de depresión y ansiedad (como estado y como rasgo), la presencia de ansiedad en la muestra estudiada es alarmante. Inferimos que las personas ansiosas pueden presentar mayores dificultades en la utilización de los recursos personológicos y en la adherencia al tratamiento, lo que a su vez puede estar influyendo en la presencia de estilos de vida no saludables.

En cuanto a la depresión, el 60 % de los diabéticos estudiados presentó moderada o severa distimia depresiva, lo que no coincide con lo hallado en un estudio realizado en México donde se presentó ausencia de síntomas de depresión en un 58,8 %.<sup>4</sup>

La depresión tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de las complicaciones propias de la enfermedad, es una condición susceptible de ser tratada y cuando se reconoce, es posible disminuir la intensidad de los síntomas y prevenir nuevos episodios.<sup>4</sup>

### **Vínculo del estilo de vida global con la depresión y la ansiedad**

De los 12 pacientes que presentaron estilos de vida poco y nada saludables, la totalidad mostró ansiedad alta o media como estado y la mayoría, ansiedad alta o media como rasgo y depresión en algún grado.

No existen, hasta donde sepamos, investigaciones que hayan vinculado el estilo de vida con los estados de ansiedad y depresión en diabéticos por lo que no fue posible realizar comparaciones, pero se han realizado estudios que plantean que la presencia de depresión o ansiedad en diabéticos puede tener una repercusión negativa sobre la adherencia al tratamiento, el grado de control metabólico del paciente, la disminución de la actividad física y el aumento de obesidad.<sup>4</sup>

En conclusión, el presente estudio confirma el intervínculo entre el estilo de vida no saludable y los estados emocionales negativos como estado y como rasgo y con los recursos personológicos no dirigidos al manejo adecuado ante la enfermedad.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Darcourt A. Abordaje de la categoría Estilo de Vida desde la salud. Acta del I Congreso Hispano-Cubano Avances en Psicología de la Salud. Cienfuegos, Cuba: Facultad de Ciencias Médicas; 2006.

2. Morales Calatayud F. Psicología de la Salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. 1ra ed. La Habana Cuba: Editorial Científico-Técnica; 1999.
3. Martínez Valdés MA, Hernández Miranda MB, Godínez Tamay ED. Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una Clínica Regional del municipio de Jilotepec, México. ATEN FAM. 2012;19(3):58-60.
4. Fernández López OI, Jiménez Hernández B, Alfonso Almirall RB, Sabina Molina D, Cruz Navarro JR. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2012;10(5):466-79.
5. Rodríguez López L, Pérez Flores Y, Rosabal Céspedes M. Folleto complementario. Psicología Médica I. Vol. I. La Habana: ELAM; 2002.
6. González Llana FM. Instrumento de Evaluación Psicológica. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
7. López Angulo Laura M. Instrumentos de evaluación psicológica. En: Compendio de Instrumentos de evaluación psicológica. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 264.
8. Corbacho Armas K, Palacios García N, Vaiz Bonifaz R. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus. Rev Enferm Herediana. 2009 [citado 20 Ene 2013];2(1):26-31. Disponible en: [http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4\\_CORBACHO.pdf](http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4_CORBACHO.pdf)
9. Guilarte Selva OT, Álvarez Cortés JT, Selva Capdesúñer A, Bonal Ruiz R, Salazar Duany Z. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes diabéticos en un área de salud. MEDISAN. 2013 [citado 2014 Ene 20];17(5):820-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000500010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500010&lng=es)
10. Noa Ávila LR, Chang Solano M. Factores de riesgo y complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Sucre. 2012. Multimed. 2013 [citado 2014 Ene 20];17(2). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=52643>
11. Figueroa Suárez ME, Cruz Toledo JE, Ortiz Aguirre AL, Lagunes Espinosa AL, Jiménez Luna J, Rodríguez Moctezuma JR. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. Gaceta Médica de México. 2014;150:29-34.
12. Vicente Sánchez B, Zerquera Trujillo G, Rivas Alpizar E, Muñoz Cocina J, Gutiérrez Cantero Y, Castañedo Álvarez E. Nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus en pacientes con diabetes tipo II. Medisur. 2010 [citado 12 Mar 2014];8(6). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1238>
13. Contreras A, Valderruten A, Mendoza W, Álvarez Y. Intervención educativa sobre Diabetes Mellitus en el ASIC 512. Edo. VARGAS. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud. La Habana: MINSAP; 3-7 Dic 2012.

14. Ortega Max R, Díaz Domínguez MA, Arteaga Prado Y, Morejón Rosales D, Arencibia Díaz L. Caracterización sociodemográfica y temporal de la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Ciencias Médicas. 2012 [citado 26 Feb 2014]; 16(6): 45-53. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000600006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000600006&lng=es). Ledón

15. Martín L. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de nivel primario [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.

Recibido: 5 de julio de 2016.

Aprobado: 22 de julio de 2016.

*Yanet Naranjo Sabina*. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos, Cuba.  
Dirección electrónica: [psicologia6005@ucm.cfg.sld.cu](mailto:psicologia6005@ucm.cfg.sld.cu)