

*Universidad Central Marta Abreu de Las Villas  
Facultad de Psicología*



*Tesis en opción al título de Master en Psicología Médica*

*Título: Predictores de la supresión de pensamientos en  
pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*

*Autor:*

*Lic. Yaritza García Ortiz*

*Tutor:*

*DrC. Vivian Guerra Morales*

*Cotutor:*

*MSc. Boris Camilo Rodríguez Martín*

*Año 2011*

*Exergo*

---

*La razón que da al hombre la belleza de su  
sabiduría no descansa en su talento, si no que  
germina en la grandeza de sus pensamientos.*

*José de Jesús Quintero*

# *Dedicatoria*

*A mis abuelos, en especial a mi abuela Nena por estar en cada paso emprendido de mi vida, por su dedicación y bondad, por lo mucho que la extraño y la recuerdo, porque la amo... donde quiera que esté.*

*A mis padres por su apoyo y compañía, por el amor y la admiración que les tengo.*

*A mi hermano por la maravillosa persona que es, porque en él confío y pongo toda mi fe.*

*A mis bellos sobrinos: Sheila y Raisal.*

# *Agradecimientos*

---

*A mis padres, por su apoyo incondicional.*

*A Vivian por sus múltiples enseñanzas y su talento profesional.*

*A Boris por guiarme y “soportarme” en este arduo camino, por considerarme “colega” de tantas investigaciones.*

*A Dayana y Anisley, por ser excelentes estudiantes y ayudarme en la realización de esta investigación.*

*A mi tía Norma y mi prima Yaima por su ayuda y colaboración.*

*A Baby quien aún desde la distancia es capaz trasmitirme toda su bondad y confianza, por todos los años de maravillosa amistad.*

*A Marielys por su amistad, sus sabios consejos y su ayuda.*

*A mis compañeros de trabajo en especial a Riset, Senia, Daylanis, Ileana, Miguel Angel y Geidy.*

*A todos los profesores de la maestría en Psicología Médica, que han contribuido a enriquecer los conocimientos en esta rama.*

*A todos los compañeros de la maestría con quienes compartí momentos inolvidables en el rol de alumno.*

*A todos los pacientes del Centro de Educación y Atención al Diabético que participaron en la investigación.*

*A todos, Gracias.*

# Resumen

Se realizó un estudio de carácter descriptivo-correlacional con el objetivo de determinar los predictores de la supresión de pensamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. La muestra estuvo constituida por un total de 121 pacientes atendidos en el Centro de Atención y Educación al Diabético. Las técnicas para la recogida de información fueron: la entrevista, el Inventario de Supresión del Oso Blanco y el Autoreporte Vivencial.

El procesamiento de los datos fue ejecutado mediante el SPSS (versión 18.0), mediante ANOVA univariante, correlaciones bivariadas, regresiones múltiples, árbol de clasificación y la prueba de Chi-cuadrado. Como parte del análisis de los resultados se encontró un predominio de la presencia de preocupaciones por la enfermedad, reportadas como una preocupación frecuente. Se demostró que la supresión de pensamientos está mediada por el reporte de las preocupaciones como “frecuentes”, el género y el nivel de escolaridad. Se establecieron como predictores de la supresión de pensamientos en hombres, el considerarse como una persona “tensa” y el elevado grado de dificultad para librarse de las preocupaciones. En las personas que reconocen experimentar preocupaciones frecuentes, el uso de la supresión puede ser medianamente identificada con: aquellas personas que se consideran “perseverantes”, reportan elevados niveles de dificultad para librarse de las preocupaciones y experimentan vivencias depresivas.

Se recomienda profundizar en otras variables de orden psicológico que pueden estar mediando la supresión de pensamientos en los pacientes diabéticos; así como diseñar estrategias de intervención psicológica que atiendan los elevados niveles de preocupaciones y de supresión de pensamientos en dichos pacientes.

**Palabras claves:** Supresión de pensamientos, Preocupaciones, Diabetes Mellitus.

A descriptive-correlational study was carried out with the objective of determining the thought suppression predictors Type II Diabetes Mellitus patients. The sample taken for the study was constituted by a total of 121 patients treated in the "Attention and Education to Diabetics Centre". The techniques followed for the information collection were: the interview, the Suppression Inventory of the White Bear and the self report experience.

Data were processed in the SPSS (version 18.0) system, by means of the analysis of variance one way (ANOVA), of the bi-variates correlations, of multiple regressions, of the classification tree and the "Chi-square" test. As part of the results' analysis there was found a strong concern of the presence of the illness, reported as a frequent concern. It was demonstrated that the thoughts suppression is conditioned by the report of the worries as "frequent", is also conditioned by the gender and the education levels. As thoughts suppression predictors were established the fact of considering himself as a "nervous" person, and the high difficulty levels on getting rid of problems in men. In people that recognize to experience frequent concerns, the use of suppression can be fairly identified with those people that considered themselves as "persistent", with those who report high difficulty levels getting out of worries and those who had experienced depressant situations.

It has being advised to deepen in other psychological variables that may be intervening in the thoughts suppression in diabetic patients; as well as to design psychological intervention strategies to treat the high levels of concerns and thoughts suppressions in the given patients.

Key words: Thoughts Suppression, Concerns/worries/problems, Diabetes Mellitus.

# *Índice*

Introducción.....	1
Capítulo 1. Fundamentación teórica.....	7
1.1 Generalidades sobre la Diabetes Mellitus.....	7
1.2. Repercusión psicológica de la Diabetes Mellitus.....	15
1.3 Las preocupaciones, como formas de pensamientos intrusos y la supresión de pensamientos.....	23
Capítulo 2. Metodología.....	36
2.1 Contexto y clasificación de la investigación.....	36
2.2 Población y muestra.....	36
2.3 Métodos y Técnicas para la recogida de información. ....	38
2.4 Procedimientos para el análisis de los datos.....	41
2.5 Operacionalización de las variables.....	42
2.6 Procedimiento general de la investigación.....	44
2.7 Consideraciones éticas.....	45
Capítulo 3. Análisis y discusión de los resultados.....	46
3.1. Preocupaciones principales en la Diabetes Mellitus.....	46
3.2 Factores mediadores de la Supresión de Pensamientos.....	52
3.3 Predictores de la supresión de pensamientos.....	57
3.4 Análisis integrador.....	64
Conclusiones.....	70
Recomendaciones.....	71
Bibliografía.....	72
Anexos.....	82

# *Introducción*

Desde las primeras comunidades humanas hasta nuestros días, el hombre ha manifestado un amplio interés por el proceso salud-enfermedad; este ha sido un fenómeno ante el cual el ser humano no ha dejado de preocuparse y al principio trató de explicarlo por la acción de los dioses o de fuerzas demoníacas sobre el individuo. Hoy se reconoce que tanto la salud como la enfermedad, tienen una naturaleza compleja y multifactorial, pues son el resultado de la interacción sistémica de factores biológicos, psicológicos y sociales. La enfermedad se manifiesta como la ruptura del equilibrio entre el hombre y su medio y puede ser causada por cualquiera de los factores anteriormente mencionados. (Toledo y cols, 2004)

Convertir la enfermedad en un tabú, es un acontecimiento común en la vida. Según Elisa Knapp (2005) cuando una persona conoce que padece una enfermedad, y fundamentalmente si esta es crónica -por definición incurable o de difícil curación, aunque en realidad controlable-, la situación le imprime cierto estigma social, lo que constituye un perjuicio adicional para quien la sufre.

Las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad, estas se caracterizan por ser un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo y el estilo de vida del paciente y que han persistido o es probable que persistan durante largo tiempo. Son multicausales, precisando de un largo período de cuidado y tratamiento, por lo que encierran sentimientos de pérdida y limitaciones.

En los últimos años se ha venido desarrollando un esfuerzo a nivel mundial por prevenir las enfermedades crónico-degenerativas, puesto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de la mitad de las defunciones que se producen cada año en el mundo se deben a enfermedades crónicas tales como: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes. (Herrera, Gundín, Palma, Padilla y Crespo, 2005).

Una de las enfermedades crónicas que más incide en el mundo actual es la Diabetes Mellitus (DM). Acosta y cols (2008) describen la diabetes como “un desorden metabólico

de etiología múltiple, caracterizada por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, como consecuencia de defectos en la secreción y/o acción de la insulina o de ambos” (p. 5).

El modo y estilo de vida occidental con disminución de la actividad física y la inadecuada alimentación por consumo excesivo de alimentos de elevado contenido calórico, están entre las causas principales de esta verdadera epidemia. En Cuba al igual que en otros países de América Latina, la diabetes es un problema de salud que se ha venido incrementando en forma gradual en los últimos años.

Según Torpy y Golub (2011) en el año 2010 alrededor de 246 millones de personas eran diabéticos en el mundo, actualmente se estima que en el año 2025 llegarán a 380 millones. Los datos acumulados en nuestro país hasta ese mismo año muestran que 40.4 de cada 1000 cubanos presentan DM. En la provincia de Villa Clara existe una prevalencia de 32 911 pacientes con esta enfermedad, siendo el sexo femenino el más afectado con 20 730 pacientes, mientras que en el masculino, 12 181 padecen la enfermedad.

La mayor prevalencia corresponde a aquellas personas con más de 65 años con un total de 15 259, mientras que el de mayor incidencia corresponde al grupo enmarcado entre los 25 y 59 años con un total de 786. Aún cuando la mortalidad precoz se encuentra en 5.3 x 100 000 habitantes, cumpliéndose el indicador establecido (7.2) para la DM, esta se encuentra entre la décima causa de muerte de nuestra provincia, dejándose de vivir 11.57 años por haber fallecido de esta causa, lo que justifica las acciones que el sistema de salud emprende para lograr un tratamiento óptimo de dichos pacientes.

Una forma eficaz para afrontar la epidemia se basa fundamentalmente en disminuir los factores de riesgo en la población, detectar precozmente la diabetes y lograr un buen control metabólico en los diagnosticados, con tal objetivo surgen en nuestro país los Centros de Atención y Educación al Paciente Diabético (CAED). Sin embargo, para lograr una mayor eficacia en estos programas debe imprimirse un carácter integral, donde los factores psicológicos desempeñen un papel fundamental. Según Martín y cols (2007) el

cuidado del paciente diabético debe responder a una visión multidimensional que conjuntamente valore los resultados clínicos y psicológicos, siendo necesario implementar estudios que brinden una panorámica descriptiva sobre ciertos aspectos psicológicos que identifican a las personas que viven con diabetes.

Pineda y cols (2004) plantean que una vez que se diagnostica a una persona con DM, esta procesa un cúmulo de información que impacta la estructura subjetiva, manifestándose en muchas ocasiones estigmas, sentimientos de rechazo, miedo a las complicaciones y a la muerte, generándose estados de ánimos negativos que pueden influir en el control metabólico.

Vivir este evento de manera negativa puede provocar en los pacientes la presencia de pensamientos en torno al tema, o a cuestiones que se relacionan con la problemática, que son percibidos como indeseados y que se repiten a pesar de sus intentos voluntarios de deshacerse de ellos. En este sentido, resulta novedoso identificar los niveles de pensamientos intrusos, el carácter de sus preocupaciones y la utilización de la supresión de pensamientos, como estrategia para eliminar dichas preocupaciones.

Un elemento importante sobre los pensamientos intrusos indeseados, que los hace diferenciarse de las rumiaciones, radica en su aparición repentina y el deseo que experimenta el individuo de verse libre de ellos sin analizarlos. En las rumiaciones, que pueden ser desencadenadas a partir de pensamientos intrusos, la persona se enfrasca en un ciclo involuntario y repetitivo de análisis en la búsqueda de un “por qué” (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010, 2011). Las preocupaciones, en este sentido, responden más a la estructura de un pensamiento intruso, que al de una rumiación; aunque se aclara que la línea que divide ambos conceptos es bien delgada y facilita la interacción; debido a que son constructos relativamente nuevos y en desarrollo.

Según Borkovec, Robinson, Pruzinsky y dePree (1983, pg.10) las preocupaciones son: “cadenas de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable, el proceso de preocuparse representa un intento de resolver mentalmente

problemas en los cuales el resultado es incierto pero implica la posibilidad de uno o más resultados negativos”. Cuando aparecen estas preocupaciones, como forma de pensamientos intrusos, es muy frecuente que tanto las personas sanas, como las que padecen algún trastorno, intenten ejercer algún tipo de control mental sobre sus pensamientos, siendo la supresión una de las estrategias más comúnmente utilizadas para lograr este objetivo.

La supresión de pensamientos, es un mecanismo psicológico mediante el cual el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar (Werner, 2009). Aunque existen numerosos estudios sobre la relación de este constructo en poblaciones con afecciones clínicas de origen psicológico – alcoholismo, depresión, insomnio primario, miedo a las arañas, trastorno de estrés postraumático etc. – y no clínicas, poco se ha estudiado en enfermedades crónicas no transmisibles como la DM.

El primer intento por caracterizar la supresión de pensamientos en pacientes diabéticos lo encontramos en Casanova (2011). Esta autora encontró que existe un elevado número de pacientes diabéticos que utilizan tendencias medias y altas en la supresión de pensamientos intrusos, los cuales aumentan a: menor nivel de escolaridad, al pertenecer al sexo femenino, ante características de personalidad como: tensión, inseguridad, rencor, timidez, intolerancia y emotividad, cuando la enfermedad se asocia al sufrimiento, cuando aparecen estados de ánimo negativo y ante un balance de su vida caracterizado por momentos infelices; resultando independiente de la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad. Considera, además, que el estudio de la supresión aporta información primaria para la consideración de este proceso como un factor agravante de índole psicológico, dado el efecto de la supresión de pensamiento sobre los niveles de colesterol en sangre con independencia del sexo, la edad del paciente y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Una pregunta reciente en estos estudios involucra a aquellos factores que pueden predisponer al uso de la supresión. Algunos estudios correlacionales sugieren que la predisposición para suprimir los pensamientos en la vida cotidiana están relacionados con variables de orden sociodemográfico -edad- y psicopatológico –ansiedad, depresión, rumiación y neuroticismo-. (Erskine, Kvavilashvili, Kornbrot, 2007). Los resultados en este campo son aún insuficientes y resulta difícil establecer: causa – efecto. Wegner y sus colegas (Erber & Wegner, 1996, Wegner, 1994, Wegner & Zanakos, 1994) sugieren que la supresión de pensamientos nos lleva a algunas psicopatologías; pero otros investigadores defienden que son esas tendencias psicopatológicas pre-existentes las que causan la supresión de pensamientos para evitar la incomodidad.

Por otro lado, se ha demostrado que la supresión de pensamientos tiene efectos negativos en la salud por sus implicaciones sobre el sistema inmunológico. Petrie, Booth, y Pennebaker (1998) encontraron que el uso de la supresión reduce los linfocitos T circulantes, cuya función en el organismo, es coordinar la respuesta inmune celular y cooperar en todas las formas de respuesta inmune, como la producción de anticuerpos por los linfocitos B. Los argumentos anteriormente expuestos justifican la necesidad de determinar los predictores de la supresión de pensamientos en pacientes diabéticos, donde se ha demostrado la presencia de tendencias medias y altas a la supresión y su influencia en el colesterol, como indicador clínico (Casanova, 2011).

**Problema de investigación:**

¿Cuáles son los predictores de la supresión de pensamientos en pacientes con DM tipo 2?

**Objetivo general:**

- Determinar los predictores de la supresión de pensamientos en pacientes con DM tipo 2.

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar la presencia de preocupaciones en los pacientes con DM tipo 2.
- Analizar el efecto que ejercen un grupo de factores de orden sociodemográfico y psicológico sobre la supresión de pensamientos
- Establecer los predictores de la supresión de pensamientos tomando en cuenta los factores con mayor efecto sobre la misma.

Desde el punto de vista teórico el análisis de las principales preocupaciones y de los predictores de la supresión de pensamientos en este grupo de pacientes nos revelará nuevas aristas para el desarrollo de investigaciones sobre los pensamientos intrusos y la supresión de pensamientos en nuestro país y en las enfermedades crónicas no transmisibles, revelándonos otros constructos psicológicos que influyen en el bienestar emocional de los pacientes con DM. Desde el punto de vista práctico permitirá una mejor comprensión de las preocupaciones fundamentales que aquejan a este grupo de pacientes así como los predictores del uso de la supresión de pensamientos. Este análisis será un punto de inicio para el diseño de intervenciones que tomen en cuenta estos factores.

La memoria escrita consta de introducción, marco teórico, metodología, análisis de los resultados, conclusiones y recomendaciones. En la introducción se ofrece un panorama general sobre la DM, los pensamientos intrusos y la supresión de pensamientos, declarándose, como resultado de todos estos elementos, el problema científico, los objetivos y la relevancia teórico y práctica de la investigación. En el marco teórico se abordan las consideraciones teóricas de las preocupaciones, como formas de pensamientos intrusos, así como una visión panorámica de la DM y la repercusión psicológica que produce. Dentro del capítulo metodológico se expone el diseño metodológico del estudio, explicando el paradigma de investigación empleado y el procedimiento general seguido en la investigación. Por último se analizan los resultados de la investigación, se arriban a conclusiones y recomendaciones y se muestran las fuentes bibliográficas consultadas.

# *Capítulo I*

---

### **1.1. Generalidades sobre la Diabetes Mellitus.**

Una de las enfermedades endocrinas, que en los últimos años, se ha convertido en un verdadero desafío a la calidad y expectativa de vida de la población mundial es la DM. Esta ha tenido un incremento considerable en su incidencia y prevalencia en los países desarrollados y en vías de desarrollo por los inadecuados estilos de vida que mantiene la población en general (Melason & Lowndes, 2010).

En un principio se pensaba que el factor que predisponía a la enfermedad era el alto consumo de hidratos de carbono de rápida absorción. Después se comprobó que no había un aumento de las probabilidades de contraer DM en relación con los hidratos de carbono de asimilación lenta. Actualmente se piensa que los factores más importantes en la aparición de la DM tipo 2 son, además de una posible resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, el exceso de peso y la falta de ejercicio. De hecho, la obesidad abdominal se asocia con elevados niveles de ácidos grasos libres, los que podrían participar en la insulinoresistencia y en el daño a la célula beta-pancreática (Kyrou & Kumar, 2010).

La DM se describe como un “desorden metabólico de etiología múltiple que se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas como consecuencia de defectos en la secreción y/o acción de la insulina o de ambos” (Acosta y cols, 2008, p. 5).

En la patogenia de la DM están envueltos varios procesos que incluyen la destrucción de las células  $\beta$  del páncreas con la consiguiente deficiencia insulínica y otros que se derivan de la resistencia a la acción de esta hormona. La deficiente acción de la insulina sobre el tejido diana, debido a la insensibilidad o falta de insulina, es la causante de la anomalía en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas (Cardona, 2002; Powers, 2006).

Un análisis más asequible en la patogenia de la diabetes nos lo brinda Jiménez y Dávila (2007). Dichos autores explican que durante el proceso de digestión, los azúcares complejos, almidones y otros alimentos son transformados en glucosa, esta no es más que una forma de azúcar, la cual es transportada por la sangre hacia todas las células, convirtiéndose en energía y utilizándose en diversas funciones metabólicas. De ser innecesaria la glucosa en esos momentos, esta es almacenada, utilizándose en este proceso la insulina, hormona producida por las células  $\beta$  de los islotes de Langerhans del páncreas. Si se produce poca insulina o ésta no tiene la calidad requerida, la glucosa no penetra en las células y por tanto se elevan sus niveles en la sangre, provocando la aparición de la DM.

Los aspectos descritos anteriormente en la etiopatogenia de la DM producen los síntomas más conocidos de esta enfermedad: poliuria, polidipsia y polifagia. Los mismos se explican por el hecho, de que al no llegar los nutrientes a las células, el organismo envía señales y estimula la ingestión de alimentos, lo que provoca hambre exagerada (polifagia). De esta manera se obtendría más glucosa para brindar la energía necesaria a las células, pero la glucosa continúa sin entrar en ella, pues el déficit de insulina persiste. No obstante se incrementa la producción de glucosa por el hígado y por supuesto, la consecuencia será una mayor hiperglucemia. En aras de lograr el equilibrio interno, el riñón aumenta la excreción de glucosa y unido a ella se eliminan, sales y minerales, lo que llevará a la deshidratación. Esta pérdida de líquido provocará sed (polidipsia), además de hambre. Por lo tanto se está ante una persona que se queja de mucha hambre, orina mucho (poliuria) y bebe mucha agua (Conget, 2002).

A los síntomas y signos descritos anteriormente se unen: pérdida de peso, visión borrosa y fatiga o cansancio. Otros signos y síntomas menos frecuentes son: vaginitis en mujeres y balanitis en hombres, aparición de glucosa en la orina u orina con sabor dulce, ausencia de la menstruación en mujeres, aparición de impotencia en los hombres, dolor abdominal, hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente, debilidad, cambios de ánimo, náuseas, vómitos y alitosis (Melason & Lowndes, 2010).

Los nuevos criterios para el diagnóstico y clasificación fueron desarrollados casi simultáneamente por un comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y por el Comité Asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dicha clasificación se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, clasificándola en cuatro tipos fundamentales: (Cardona, 2002).

1. DM Tipo 1. Está ocasionada por una destrucción de las células  $\beta$  que habitualmente conducen a la deficiencia absoluta de insulina. Puede estar mediada por procesos inmunes o ser idiopática.

2. DM Tipo 2. Puede establecerse desde una predominante resistencia a la insulina con una deficiencia insulínica relativa, hasta un predominante defecto secretor de insulina con resistencia a la insulina.

3. Otros tipos específicos. Estas representan alrededor del 1% de los casos y son originados por cualquiera de las siguientes causas:

- Defecto genético de la función de las células  $\beta$  (Cromosoma 12.HNF-1 $\alpha$  (Mody 3; Cromosoma 7 glucokinasa (Mody 2; Cromosoma 20 HNF - 4 $\alpha$  (Mody 1; DNA mitocondrial; otros).
- Defecto genético de la acción de la insulina (Resistencia a la insulina tipo A; Leprechaunismo; Síndrome Rabson-Mendenhall; Diabetes lipoatrófica; otras).
- Enfermedades del páncreas exocrino (Pancreatitis; Trauma/pancreatectomía; Neoplasias; Fibrosis quística; Hemocromatosis; Pancreatopatía fibrocalculosa; otras).
- Endocrinopatías (Acromegalia; Síndrome de Cushing; Glucagonoma; Feocromositoma; Hipertiroidismo; Somatostatina; Aldosteronoma; otras).
- Inducida por drogas o sustancias químicas (Vacor; Pentamidina; Acido nicotínico; Glucocorticoides; Hormonas tiroideas; Diazoxide; Agonista  $\beta$  adrenérgico; Tiazidas; Dilantin;  $\alpha$ -interferón; otros).
- Infecciones (Rubéola congénita; Citomegalovirus; otras)

- Formas no comunes de Diabetes inmunomediadas (Síndrome del hombre rígido “Stiff-man”; Anticuerpo antireceptores de la insulina; otros).
- Otros síndromes genéticos asociados con la DM (Síndrome de Down; Síndrome de Klinefelter; Síndrome de Turner; Síndrome de Wolfram’s; Ataxia de Friedreich; Corea de Huntington; Síndrome Lawrence Monn Beidel; Distrofia miotónica; Porfiria; Síndrome de Prader Willi; otros).

4. Diabetes gestacional. Aparece en el periodo de gestación en una de cada 10 embarazadas, y resulta poco probable que se presente después del parto. Aparece por el hecho de que durante el embarazo se produce un cambio en el metabolismo del organismo que puede llevar a la disminución de la insulina.

Las diferencias entre la DM tipo 1 y la DM tipo 2 se ofrecen a continuación (Conget, 2002):

Tabla1. Diferencias entre la DM tipo 1 y la DM tipo 2.

	DM tipo 1	DM tipo 2
Incidencia	Menos del 5 %	Más del 75 %
Historia familiar de diabetes	Frecuente	Menos frecuente
Edad de comienzo	Menos de 20 años	Adulto (por encima de 40 años)
Peso al comienzo	Normal o bajo	Sobrepeso
Peso corporal	Normal o bajo	Más del 50 % en obesos
Comienzo clínico	Rápido (70 % en menos de un mes)	Lento
Grado de severidad	Intenso	Ligero
Acidosis	Frecuente	Infrecuente
Estabilidad	Inestable	Estable
Requieren insulina	Siempre	No siempre
Contenido pancreático de insulina	Casi ausente	Disminuido
Niveles de insulina en sangre	Casi ausente	Disminuido
Sensibilidad a la insulina	Más sensible	Menos sensible
Manifestaciones crónicas	Después de los 18 o 20 años en un 90 %	Menos frecuente, desarrollo lento
Glicemias en ayunas	Elevadas	Con frecuencia normal

Se reconoce que cuando el desequilibrio metabólico de la DM es mantenido en el tiempo puede producir cambios progresivos que llevan al desarrollo de complicaciones. A corto plazo la DM origina complicaciones agudas amenazantes para la vida. Dentro de estas tenemos: (Cardona, 2002; Powers, 2006)

- Cetoacidosis diabética. Es una descompensación grave de la DM consecutiva a una deficiencia de insulina, con aumento de la concentración de hidrogeniones por encima de la capacidad de los sistemas de autorregulación del equilibrio ácido-básico, acompañada de hiperglicemia y glucosuria, trastornos electrolíticos y diferentes grados de deshidratación.
- Estado hiperosmolar no cetósico. Es un síndrome clínico-bioquímico que se caracteriza por una hiperglicemia severa ( $>600\text{mg/dl}$ ) ( $>33,3\text{mmol/L}$ ), con un aumento de la osmolaridad plásmatica ( $>350\text{mosmol/L}$ ), ausencia de cetosis, marcada deshidratación, depresión del sensorio y signos neurológicos variables. Su mortalidad es alta, entre el 40 y el 70%.

A largo plazo genera complicaciones crónicas, severas, inhabilitantes y que pueden causar la muerte. Las complicaciones crónicas de la DM se pueden clasificar en microvasculares y macrovasculares (Cardona, 2002; Powers, 2006).

Las complicaciones microvasculares son:

- Nefropatía diabética. Está dada por la presencia de proteinuria persistente en ausencia de enfermedad renal conocida u otros factores capaces de afectar los niveles normales de eliminación.
- Retinopatía diabética. Es una microangiopatía que afecta todos los niveles del árbol vascular retiniano, pero fundamentalmente la microcirculación. Constituye la mayor causa de ceguera en muchos países, incluidos los industrializados.
- Neuropatía diabética. Es la presencia de síntomas y signos de disfunción nerviosa periférica. Como síntomas de este padecimiento tenemos: pérdida de la sensibilidad dolorosa, adormecimiento, frialdad, hormigueo, dolor atenuado y

disestesia y como signos: disminución de la sensibilidad vibratoria, ausencia del reflejo aquiliano y disminución de la sensibilidad térmica y dolorosa inicialmente.

Las complicaciones macrovasculares son todas derivadas de la aparición de aterosclerosis prematura y difusa en los pacientes:

- Enfermedad coronaria. Los pacientes con DM tipo 2 tienen dos veces más probabilidades de padecer enfermedades coronarias que las personas sin diabetes, por la presencia de moléculas de P-selectina en la superficie de las células endoteliales que activadas determinan que los leucocitos fluyan muy despacio por las arterias coronarias y por la acción de otras moléculas –las integrinas- se adhieren a las paredes de los vasos contribuyendo a la formación de las placas de ateroma.
- Pié diabético. Está dado por heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, que puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- Eventos cerebrovasculares.
- Enfermedad arterial periférica.

Como criterios diagnósticos de la DM existe consenso en los siguientes (Torpy y Golub, 2011):

- Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl o 7 mmol/L.
- Una prueba de tolerancia a la glucosa oral con un valor de glucosa plasmática mayor o igual a 200mg/dl u 11.1 mmol/L a las 2 horas postsobrecarga.

La DM tipo 2 corresponde a lo que anteriormente se denominaba DM no insulino dependiente o del adulto (por encima de los 40 años). El carácter no insulino dependiente de la enfermedad únicamente hacía referencia al tratamiento requerido a lo largo de la historia natural de la enfermedad, con la consiguiente confusión. En la actualidad se conoce que cada vez son más frecuentes los casos de DM tipo 2 diagnosticados en jóvenes, adolescentes y niños. La DM tipo 2 supone el 80-90% de todos los casos de DM (Licea, Bustamante y Lemane, 2008).

Con anterioridad se planteaba que la DM tipo 2, es aquella que se presenta con una deficiencia en la producción de la insulina y una variación en los grados de resistencia a esta hormona. Puede manifestarse desde un predominio de resistencia a la insulina con deficiencia relativa de su producción hasta un predominio de defecto secretorio acompañado de insulino resistencia. El exceso de peso corporal sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de esta hormona (Vinaccia, et al, 2006).

Suarez, García y Salas (2001) plantean que el riesgo de desarrollar una DM tipo 2 aumenta con la edad (mayor de 45 años de edad), la presencia de obesidad (Índice de Masa Corporal (IMC)  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) y el sedentarismo; siendo su prevalencia más frecuente en mujeres con diabetes gestacional previa o haber dado a luz bebés con peso  $> 3,800 \text{ g}$ , así como aquellas personas con hipertensión arterial e individuos con dislipidemias (Colesterol HDL  $< 0.90 \text{ mmol/l}$  (35 mg/dL) y/o Triglicéridos  $\geq 2.82 \text{ mmol/l}$  (250 mg/dL). Si bien el factor genético de este tipo de DM no está claramente definido, si está reconocida su fuerte predisposición genética (historia familiar de primer grado de DM2).

Estudios realizados sobre el tema han demostrado que los factores psicosociales desempeñan un papel menos importante que los constitucionales, pero es innegable que estos aspectos deben ser tomados en cuenta como desencadenantes, como modificadores de la evolución y como agentes terapéuticos de dicha enfermedad (González, 2004).

González (2004) y De los Ríos, Ávila y Montes (2005) reconocen que la aparición de la DM puede ser relacionada con situaciones de tensión y aflicción, sobre todo si estas son duraderas. La repercusión hipotalámica sobre la hipófisis anterior, que incrementa la producción de ACTH con el consiguiente aumento de los glucocorticoides, parece ser la responsable directa de las alzas glicémicas, acompañadas de glucosurias después de situaciones de intensa tensión. A esta repercusión se agrega la disminución en la producción de insulina por simpaticotonía.

Según Beléndez y Xavier (1999) en una persona no diabética el nivel de glucemia está eficazmente regulado a través de un mecanismo neurohormonal, de tal forma que en respuesta a determinados estímulos (por ejemplo: ingestión de alimentos) se dispara el dispositivo hormonal del organismo (por ejemplo: secreción de insulina) con el fin de mantener el equilibrio del individuo. En el caso de una persona diabética este mecanismo se encuentra dañado de modo que tiene que conseguir a través de una serie de conductas de autocuidado las respuestas que su organismo no puede llevar a cabo automáticamente. Ello supone, que una vez que el paciente es diagnosticado con la DM tipo 2, se hace imprescindible, como forma de tratamiento, un cambio terapéutico en su estilo de vida, además del tratamiento farmacológico con antidiabéticos.

El tratamiento general de la DM, desde el punto de vista médico, descansa sobre las siguientes bases (Suarez, García y Salas, 2001, Cardona, 2002):

1. Educación diabetológica. La educación del diabético persigue como objetivos fundamentales proporcionar información sobre la enfermedad y entrenar y adiestrar en la adquisición de habilidades y hábitos. Pretende crear en el paciente conciencia real de su problema y lograr modificaciones en su estilo de vida.
2. Dieta. La nutrición balanceada es un elemento indispensable para el tratamiento de la DM. Una alimentación equilibrada consiste de 50 a 60% de carbohidratos, 10 a 15% de proteínas y 20 a 30% de grasas. El paciente diabético debe comer cada 3 o 4 horas para evitar la hipoglucemia, evitando en su dieta los carbohidratos simples como el azúcar, los dulces en general y gaseosas corrientes. También son inconvenientes las grasas de origen animal como las carnes grasas, embutidos, mantequilla, crema de leche, mayonesa y manteca.
3. Ejercicios. Desde que en 1926 Lawrence demostró que el ejercicio potenciaba la acción de la insulina, este se encuentra totalmente incorporado al tratamiento del diabético. El tipo de ejercicio que se recomienda es el aeróbico y de intensidad moderada, desaconsejándose los demasiados intensos y cortos porque empeoran el control metabólico en las horas siguientes a su realización.
4. Autocontrol. Es la realización por el propio paciente de una serie de análisis sencillos, rápidos, confiables, en la orina y en la sangre, en su propio domicilio.

5. Medicamentos.

- Compuestos hipoglicemiantes orales.
- Insulina.
- Terapia combinada de insulina más compuestos hipoglicemiantes orales.

6. Tratamiento de otras condiciones asociadas.

- Hiperlipoproteinemia.
- Hipertensión arterial.
- Obesidad.
- Infecciones.
- Hábito de fumar.

Sin duda, las complicaciones que puede producir esta enfermedad, unido a la inyección de insulina, los tratamientos orales y los análisis de orina diarios, así como las limitaciones dietéticas y las determinadas por el peligro de heridas e infecciones, engendran importantes sentimientos de invalidez que muchas veces llevan al diabético a sintomatologías ansiosas y/o depresivas, frustración, estrés, preocupaciones, entre otras repercusiones psicológicas.

### ***1.2. Repercusión psicológica de la Diabetes Mellitus.***

La DM, como cualquier enfermedad crónica no transmisible que requiere cambios en el estilo de vida de las personas, influye notablemente en el funcionamiento psicológico y psicosocial de quienes la padecen. Esta influencia que las afecciones somáticas producen en el nivel psicológico de los individuos, como en su desempeño satisfactorio en sociedad, se reconoce en el ámbito científico como: repercusión psicosocial de las afecciones predominantemente somáticas (González, 2004). Para Nuñez de Villavicencio y cols (2001) toda alteración somática se acompaña en mayor o menor grado de una reacción psicológica condicionada por los siguientes aspectos: la personalidad del paciente, la enfermedad y la situación.

La personalidad de un individuo está muy vinculada al proceso salud - enfermedad, en la medida en que los aspectos estructurales y funcionales de la personalidad mediatizan la forma en que es percibida, valorada y representada determinada enfermedad. En este sentido elementos tales como: las necesidades, el carácter, las capacidades, la autovaloración, la concepción del mundo entre otros constructos asumidos por la categoría personalidad, mediatizan la reacción emocional ante el diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible como la DM (Vinaccia y cols, 2006). Zavala, Vázquez y Whetsell (2006) reconocen que sujetos inseguros, dependientes, tensos, impulsivos e intolerantes pueden experimentar, en mayor grado, vivencias negativas asociadas a su enfermedad.

La enfermedad es también un factor determinante en la reacción del paciente. Es evidente que no producirá la misma reacción, el diagnóstico de un catarro que de DM, la cual supone una enfermedad crónica, con riesgos para la vida y con disímiles limitaciones y cambios en el estilo de vida. La situación, hace referencia al momento en que se presenta la enfermedad y las circunstancias que rodean al paciente, las cuales pueden agravar el cuadro interno de la enfermedad si entorpece proyectos de vida o confluyen varias situaciones estresantes (Nuñez de Villavicencio y cols, 2001).

De la misma manera que lo somático influye en lo psicológico, tenemos como lo psicológico participa en la etiología y desarrollo de muchas enfermedades somáticas por las reacciones o respuestas fisiológicas que se producen en el organismo a nivel del hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales ante diversas expresiones psicológicas no sanas. En el caso de la DM tenemos que el sistema nervioso y el endocrino no actúan de forma autónoma, sino que están estrechamente relacionados; ambos constituyen un sistema psiconeuroendocrino, capaz de coordinar e integrar las funciones metabólicas del organismo (González, 2004).

La más clara influencia de lo psicológico sobre lo somático se encuentra en los estudios sobre el estrés. En este sentido tenemos que la relación entre DM y estrés no se limita solamente a la propia enfermedad como fuente de estrés, sino también por el efecto desestabilizador del estrés sobre el control metabólico. En este aspecto tenemos que la

repercusión hipotalámica sobre la hipófisis anterior, que incrementa la producción de ACTH con el consiguiente aumento de los glucocorticoides, parece ser la responsable directa de las alzas glicémicas, acompañadas de glucosurias después de situaciones de intensa tensión. A esta repercusión se agrega la disminución en la producción de insulina por simpaticotonía. De ahí que la aparición de la DM puede ser relacionada con situaciones de tensión y aflicción, sobre todo si estas son duraderas (González, 2004).

Lazarus y Folkman (1986) definieron el estrés como “la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 16). El diagnóstico de la DM supone en la mayoría de los casos un evento potencialmente estresante por: el cambio o novedad en la situación, la falta de información, la ambigüedad de la situación, la baja predictibilidad de lo que puede ocurrir en un futuro, la incertidumbre y la duración –de por vida ya que se trata de una enfermedad crónica-. Todos y cada uno de estos indicadores son las características que definen los eventos potencialmente estresantes, según la concepción de estos autores.

Ahora bien, una vez diagnosticada la presencia de la enfermedad son otras las situaciones generadoras de estrés en el paciente diabético. En este sentido, Beléndez y Xavier (1999) definen, tomando como referencia las características de esta enfermedad, las siguientes causas como generadoras de estrés:

- Complejidad y demandas diarias del tratamiento.
- Posibilidad de aparición de un episodio hipoglicémico –esta fuente de tensión puede provocar el llamado miedo a la hipoglicemia-.
- Presencia de complicaciones de la enfermedad.
- Temor o incertidumbre hacia complicaciones futuras.
- Sentimientos de frustración ante niveles altos de glicemia inexplicados.

Con anterioridad se observó que una de las causas fundamentales que puede generar estrés en el paciente diabético es la referida a la complejidad y a las demandas diarias del tratamiento, basadas fundamentalmente en el grado de responsabilidad que se le exige al paciente en el dominio de destrezas y la exigencia de puntualidad en la realización de las mismas, sin olvidar que estas tareas han de llevarse a cabo en un contexto social cuyas condiciones, en muchas ocasiones, suponen un obstáculo para que el diabético siga su tratamiento; por tanto, una de las fuentes de estrés más relevantes la constituye las repercusiones que el tratamiento tiene en la esfera social del individuo, el "estigma" de estar enfermo y considerarse diferente a los demás (Castro, Rodríguez y Ramos, 2005).

El grado de responsabilidad que se le exige al paciente diabético en su autocuidado según diversos parámetros de frecuencia, intensidad, duración o ajustes temporales requiere de una correcta adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica se define como "una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado" (DiMatteo y Nicola, 1982, citado en Torres, 2007). Los estudios en pacientes diabéticos coinciden en la existencia de una mejor adherencia para la toma de medicación (insulina o hipoglucemiantes y la realización de análisis de glucosa) que para seguir la dieta o realizar ejercicios físicos, es decir los aspectos médicos tienden a cumplirse mejor que los que tienen que ver con un cambio en el estilo de vida como el ejercicio y la dieta (Beléndez y Xavier, 1999).

Una vez que el paciente es diagnosticado con la DM se hace imprescindible, como forma de tratamiento, un cambio terapéutico en su estilo de vida y para ello es indispensable un profundo conocimiento sobre el manejo de la enfermedad y sobre las posibles contingencias ambientales, situacionales o personales que pueden hacer peligrar su equilibrio metabólico (Pineda y cols, 2004).

Una de las terapias psicológicas más utilizadas en el ámbito de la DM es la terapia cognitiva-conductual. Según Beléndez y Xavier (1999) las intervenciones conductuales desarrolladas en los sujetos diabéticos se han mostrado comparativamente eficaces para

instaurar y mantener las habilidades de autocuidado y afrontamiento necesarias para un control adecuado de la enfermedad. Las intervenciones conductuales para el manejo de la diabetes se dirigen a:

- I. Intervenciones para promover y mejorar la adherencia al tratamiento.
  - Intervención para la adquisición de conocimientos y habilidades de autocuidado.
  - Intervención para mejorar las conductas de autocuidado de la diabetes.
  - Intervención para el control de la obesidad en la diabetes.
- II. Intervención para la adquisición de habilidades de afrontamiento del estrés.
  - Entrenamiento en relajación y biofeedback.
  - Entrenamiento en habilidades sociales.
  - Programas de entrenamiento en el manejo del estrés.

Al analizar la representación social de la DM, Martín y cols (2007) encontraron que en los pacientes diabéticos existen una serie de creencias sobre esta enfermedad que distan de la realidad: “es imposible controlar la diabetes”, “a los pacientes diabéticos siempre hay que amputarles un dedo o una pierna”, “la dieta no influye en el control metabólico de la DM”, “un hombre con diabetes se vuelve impotente”. En este sentido, el núcleo central en la representación de estos pacientes es: enfermedad/limitaciones y como elementos del sistema periférico -en estrecha relación con el núcleo central-: preocupaciones, dieta, pérdida de status, tristeza, insulina, tiempo de vida, complicaciones, riesgos, muerte.

Los factores anteriormente mencionados sobre la representación social de la diabetes y el diagnóstico de la enfermedad como un evento potencialmente estresante explican las crisis emocionales producidas tras la comunicación del diagnóstico. Algunos sentimientos y emociones experimentados ante la comunicación del diagnóstico de DM son: (Beléndez y Xavier, 1999)

- Incertidumbre acerca de la situación inmediata.
- Sentimientos de culpabilidad y ansiedad respecto a la aparición de la diabetes.
- Sentimientos de incompetencia ante la responsabilidad en el manejo de la enfermedad.

- Temores ante futuras complicaciones y probabilidad de una muerte temprana.
- Pérdida de las aspiraciones respecto a proyectos futuros.
- Reconocimiento de la necesidad de un cambio permanente en el comportamiento familiar a causa de la enfermedad.

En este orden de ideas dichos autores plantean que la respuesta psicológica en los adultos está condicionada por cuatro elementos fundamentales:

1. Forma en que se comunica el diagnóstico.
2. Aceptación y adaptación a la enfermedad, que atraviesa por cuatro fases:
  - Paciente que se niega a aceptar el diagnóstico y no confía en el especialista.
  - Acepta la enfermedad pero exagera las consecuencias negativas.
  - Reconoce y acepta la enfermedad y empieza a buscar vías compensatorias.
  - Aceptación del tratamiento e introducción de reajustes necesarios en su estilo de vida.
3. Temor a las complicaciones.
4. Cumplimiento del tratamiento.

Beléndez y Xavier (1999) reconocen que al estudiar las interrelaciones psicosomáticas y somatopsíquicas en la DM no se pueden obviar los siguientes factores: 1) depresión, ansiedad, miedo; 2) otras alteraciones emocionales y conductuales; 3) estrés, eventos y circunstancias estresantes de la vida; 4) las conductas de afrontamiento; 5) el cuadro clínico personal, el modelo personal de enfermedad; 6) los rasgos de la personalidad; 7) el apoyo social y familiar; 8) la calidad de comunicación con el prestador de salud; 9) las variables sociodemográficas tales como: el estado ocupacional, el nivel de educación, el nivel de ingresos y la discapacidad asociada con la enfermedad.

Las conductas de afrontamiento que puede emplear un paciente diabético suelen ser disímiles. En la propuesta de Skinner y colaboradores (citado en Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004) se distinguen 13 estrategias de afrontamiento que determinaron, a partir de un análisis factorial de 400 formas de afrontamiento a distintos estresores en niños,

adolescentes y adultos. Estas estrategias empleadas por los sujetos pueden resumirse de la siguiente manera:

- Resolución de problemas. Involucra acciones instrumentales activas centradas en la solución del problema.
- Búsqueda de apoyo social. Indica conductas consistentes en pedir apoyo instrumental, socioemocional o informacional.
- Huida/evitación. Agrupa todas aquellas acciones de desconexión cognitiva o conductual del problema.
- Distracción. Referida a los intentos activos para tratar con una situación estresante mediante el enganche en una actividad alternativa agradable.
- Reevaluación o reestructuración cognitiva. Se refiere a los intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de valorarla desde un enfoque más positivo.
- Rumiación: Está dada por la focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y las características amenazantes de la situación estresante.
- Desesperación o abandono. Conjunto de acciones organizadas en torno al abandono o renuncia del control a la hora de manejar una situación que se percibe como incontrolable y difícil para evitar castigos y obtener recompensas.
- Aislamiento Social. El conjunto de respuestas orientadas a aislarse del entorno social, a ocultar sus sentimientos y protegerse evitando contactar con otros o prevenirse de que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos emocionales.
- Regulación Afectiva. Está dada por los intentos activos de influir sobre el distress emocional y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados, de manera que los recursos sociales que la persona tiene disponibles queden protegidos sin que la confianza en uno mismo disminuya.
- Búsqueda de Información. Esta familia de afrontamiento hace referencia a la tentativa de aprender más sobre la situación estresante, incluidas sus causas, consecuencias y significado, así como las estrategias de intervención.

- Negociación. Esta familia agrupa, en general, los intentos activos de persuadir a otros, hacer un trato o arreglo, proponer un compromiso o pacto, con el fin de disminuir el estrés.
- Oposición y confrontación. Esta familia agrupa el componente conflictivo y de expresión de emociones negativas ante estresores interpersonales, incluyendo la confrontación o expresión de enojo a terceros, agresión o culparles atribuyéndoles la responsabilidad del problema.
- Religiosidad. Se manifiesta a través conductas aproximativas al problema por medio de prácticas religiosas.

Numerosos estudios encaminados a evaluar la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes con DM han determinado que los trastornos más frecuentes en los pacientes con esta enfermedad son: la depresión y la ansiedad. Si bien se reconoce que los pacientes con peor control metabólico se muestran ansiosos o deprimidos, hasta el presente no se puede afirmar si estos síntomas llevan al descontrol o si el descontrol los provoca. Probablemente se den ambos mecanismos (Portilla y cols, 1991; Mata y cols, 2003; Zavala y cols, 2006).

Para Wasserman y Trifonova (2006) la ansiedad se asocia con el descubrimiento de la naturaleza incurable y gravosa de la DM, con sus consecuencias sociales desfavorables y con la necesidad de un cambio en el estilo de vida. Además, la ansiedad es una reacción natural ante los primeros signos de complicaciones a largo plazo. En relación a la depresión Peralta (2007) ha comprobado que en los pacientes con DM la prevalencia de depresión es mayor que en la población general, y que el riesgo aumenta en sujetos con control glucémico deficiente.

Si bien es común encontrar las manifestaciones emocionales, antes señaladas, en los pacientes con diagnóstico reciente de diabetes, no es menos cierto que la respuesta psicológica ante dicha enfermedad está condicionada por las características de personalidad (Portilla y cols, 1991). Aún cuando no se haya podido encontrar características específicas que definan la “personalidad del diabético” indicadores del

autoconcepto tales como: tensión, inseguridad, intolerancia, independencia, impulsividad, timidez y otras, pudieran mediatizar la reacción psicológica, las preocupaciones y la supresión de pensamientos en estos pacientes.

Estudios realizados para determinar los recursos psicológicos que hacen menos proclive a un individuo a presentar estrés hablan de personalidad resistente o Hardy personality que es fuente de resistencia al estrés sobre la base de tres atributos fundamentales: compromiso, control y reto. Dichos atributos permiten mantener los estresores específicos en perspectiva, conocer los recursos que se tienen para hacer frente a los estresores y considerar dichos acontecimientos como oportunidades para el cambio positivo (Kobasa, 1982, citado en Fernández, 2006).

Avalando muchos de estos hallazgos Casanova (2011) encontró como principales preocupaciones de los pacientes diabéticos: la salud y el área familiar, derivándose de las mismas una serie de pensamientos intrusos con tendencias medias y altas a la supresión de pensamientos dependientes del sexo, la escolaridad, vivencias negativas y características de personalidad tales como: tensión, inseguridad, rencor, timidez, intolerancia y emotividad También se establecieron relaciones entre la supresión de pensamientos y los niveles de colesterol en sangre, que fueron independientes del sexo, la edad del paciente y el tiempo de evolución de la enfermedad.

### ***1.3. Las preocupaciones, como formas de pensamientos intrusos y la supresión de pensamientos.***

A diario, entre el 80 y el 90% de las personas en la población general son afectadas por pensamientos que representan para ellos una fuente de malestar, como las rumiaciones y los pensamientos intrusos indeseados (Berry, 2010). Estos últimos pueden ser definidos como: “pensamientos que invaden nuestra mente en contra de nuestra voluntad, e interrumpen lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En muchas ocasiones puede ser difíciles de controlarlos, es decir quitarlos de la mente, pararlos, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos” (García, 2008 p. 351).

Según la definición de Rachman (1981) y Rachman y Hodgson (1980), los pensamientos intrusos:

- pueden tomar la forma de pensamientos, imágenes o impulsos.
- son repetitivos.
- son inaceptables o indeseados.
- interrumpen la actividad que se está llevando a cabo.
- son atribuidos a un origen interno
- son difíciles de controlar.

Los pensamientos intrusos abarcan diversas formas que deben analizarse en un continuo desde la normalidad hasta la patología dada su expresión e intensidad; pudiendo ser similares a las obsesiones (García, 2008), las preocupaciones (Hazlett-Stevens & Graske, 2003, citado en García, 2008), los pensamientos autorreferenciales negativos (PAN) (Markowitz & Borton, 2002, citado en García, 2008) o las memorias intrusas (Davies & Clark, 1998; Ehlers & Steil, 1995, citado en García, 2008).

Los PAN consisten en comentarios negativos sobre uno mismo (autoreferentes) que aparecen con carácter recurrente, involuntario e intruso (p. ej ., “no valgo para nada”). El término PAN, introducido por Beck en 1967 hace referencia al patrón repetitivo de pensamientos característicos de los pacientes deprimidos con contenidos relacionados con la pérdida o fracaso personal. Estos pensamientos son plausibles y razonables, aunque puedan parecer poco probables a cualquiera que no sea el propio paciente. Además, los pacientes los aceptan sin cuestionarlos y sin poner a prueba su realidad o su lógica (García, 2008).

Las preocupaciones, como una especie de pensamientos intrusos, son un rasgo esencial de los estados de ansiedad y la característica diagnóstica central del Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-IV. La definición más aceptada de preocupaciones es la de Borkovec, Robinson, Pruzinsky y dePree (1983, pg.10): “cadena de pensamientos e imágenes, cargada de afecto negativo y relativamente incontrolable, el proceso de

preocuparse representa un intento de resolver mentalmente problemas en los cuales el resultado es incierto pero implica la posibilidad de uno o más resultados negativos”.

Durante los últimos años, un número creciente de trabajos empíricos se han dirigido a estudiar las similitudes y diferencias entre las obsesiones y las preocupaciones. Ambos tipos de cognición capturan recursos atencionales, interfieren con las actividades que se están llevando a cabo, son difíciles de controlar, y resultan molestas y desagradables (García, 2008). Las diferencias entre uno y otro constructo pueden ser apreciadas en la tabla 2 (Freeston et al, 1994 y Langlois et al, 2000, citado por García, 2008 pp.35).

Tabla 2. Diferencias entre preocupaciones y obsesiones.

Obsesiones puras	Preocupaciones situaciones improbables	Preocupaciones situaciones reales y no modificables	Preocupaciones situaciones reales y modificables	Preocupaciones puras
Egodistónicas. No basadas en la realidad	Preocupaciones de naturaleza egodistónica Obsesiones basadas en la realidad			Egosintónicas Basadas realidad
p.ej., obsesiones de daño	p.ej. enfermedad crónica			p.ej., preocupaciones familiares y económicas

Las memorias intrusas se definen como “memorias autobiográficas sobre sucesos específicos que ocurrieron en un lugar o tiempo determinados” (Brewin, Christodoulides, Hutchinson, 1996, citado por García, 2008). El contenido de estas memorias intrusas, están en el pasado; mientras que en las preocupaciones el contenido es sobre sucesos futuros.

Las diferencias entre estos fenómenos cognitivos se muestran en la tabla 3 (Clark y Rhyno, 2005; García-Soriano, 2005; Morillo, 2004, citado en García, 2008):

Tabla 3. Características distintivas entre diferentes fenómenos cognitivos.

Obsesiones	Preocupaciones	PAN	Memorias intrusas
Diferentes formas: pensamiento, imagen, impulso	Formato verbal (pensamiento) el más común.	Formato verbal el más común, más imágenes que en las preocupaciones.	Formato visual el más común, también se perciben olores, sonidos y sabores etc.
Muy intenso e indeseado	Intrusividad moderada: más autoiniciado y precipitado por circunstancias de la vida cotidiana.	Varía según gravedad de la depresión.	Intruso. A menudo no hay conciencia de que los desencadena un estímulo.
Interrumpe el flujo de pensamiento	Presentación prácticamente continua.	En paralelo a la corriente de conciencia.	Irrumpe
Muy accesibles a la conciencia	Muy accesibles a la conciencia	Poco accesibles a la conciencia.	-
Asociado a efecto negativo relacionado con el contenido.	Asociado a efecto negativo relacionado con problemas de la vida cotidiana.	Asociado a efecto negativo relacionado con la ocurrencia del pensamiento.	Asociado a efecto negativo relacionado con la emoción que genera su contenido.
Preocupado por lo que el pensamiento quiere decir de sus propias características de personalidad.	Preocupado por las consecuencias negativas de situaciones de la vida real.	Preocupado por las consecuencias sobre el yo.	Preocupado por las creencias previas sobre riesgo/vulnerabilidad del suceso.
Inaceptabilidad alta	Inaceptabilidad moderada.	Algo inaceptable	-
Alta percepción de incontrolabilidad	Moderada percepción de incontrolabilidad.	La incontrolabilidad no es importante.	-
Se considera no plausible, sin sentido	Se considera algo plausible pero exagerado.	Plausible, se acepta como evidencia.	-
Egodistónico porque el contenido es opuesto a las características del yo.	Egodistónico porque las preocupaciones son relevantes para el yo.	Egosintónico, es congruente con el sistema de creencias.	Egodistónico, evoca emociones negativas y sobre contenidos relevantes para el yo.
Contenido extraño que excluye recuerdos específicos del pasado.	Contenido sobre sucesos futuros y catástrofes potenciales, circunstancias de la vida cotidiana.	Contenido de la tríada cognitiva: visión negativa del sujeto, el mundo y el futuro.	Contenido sobre sucesos del pasado.
Alto esfuerzo por suprimir	Esfuerzo moderado por suprimir.	Poco esfuerzo por suprimir.	Esfuerzo por suprimir.
Hacen que la persona se sienta "mala".	La intrusión previene el desastre, evita consecuencias negativas temidas.	La intrusión es acorde con la existencia de la persona.	La intrusión supone una amenaza.

Generalmente, las preocupaciones desaparecen por sí solas causando, en la mayoría de las ocasiones, sólo una mínima perturbación al individuo. Sin embargo, no siempre es así, comenzando los sujetos a experimentar desasosiego por la presencia de estos pensamientos, su carácter intrusivo y espontáneo. Por consiguiente suele ser muy fácil la presencia de reacciones negativas más que las positivas (Berry, 2010).

Otro tipo de pensamiento son las denominadas rumiaciones, que a diferencia de los pensamientos intrusos, están dados por la tendencia de pensar pasivamente en el significado, origen y consecuencias de las emociones negativas (Nolen – Hoeksema, 2002, citado en Anestis, 2005).

Para Belloch, Morillo y Giménez (2003) los intentos por neutralizar un pensamiento se derivan de interpretaciones o valoraciones disfuncionales de ese pensamiento, no así con su contenido anormal o extraño. Por tanto, las valoraciones que realizan los sujetos acerca de sus pensamientos son las responsables de generar esfuerzos por controlarlos. Es muy frecuente que tanto las personas sanas, como las que padecen algún trastorno mental, intenten ejercer algún tipo de control mental sobre sus pensamientos, siendo la supresión de pensamientos una de las estrategias más comúnmente utilizadas para lograr dicho objetivo (Wegner & Erskine, 2003).

Najmi, Riemann y Wegner (2009) y Wegner (2009) plantean que la supresión de pensamientos es una estrategia que las personas pueden usar para manejar o controlar los pensamientos cuando son activadas las emociones desagradables. De ahí la relación de estos pensamientos intrusos con vivencias negativas tales como: vivencias depresivas, de ansiedad o de ira.

En el caso de las vivencias depresivas los individuos que usualmente tienden a experimentarlas, suelen valorar excesivamente los sucesos negativos, ya que los consideran globales, frecuentes e irreversibles. Lo cual sienta las bases para el establecimiento de la tríada cognitiva de la depresión (Beck, Rush y Shaw, 2006): visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Las vivencias ira-disgusto-rechazo están

relacionadas con la excitabilidad (a nivel fisiológico-cortical y psicológico) y pueden estar marcadas por una distorsión cognitiva de los sucesos que acontecen a las personas, que disparan esos mecanismos vivenciales; en tanto las vivencias de ansiedad- miedo evidencian la influencia del autoconcepto y de las creencias "del self" (autovaloración, autoconfianza, autoeficacia) en forma de una "baja" o "caída" de la seguridad en sí mismo.

La supresión de pensamientos ha sido trabajado desde diferentes ópticas, algunos autores tienden a denominarlo como un tipo de pensamiento: pensamiento supresivo que se encuentra de base en las estrategias orientadas esencialmente a la eliminación de las ideas rumiativas. Según estas ideas, el pensamiento rumiativo está dado por la focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y en las características de la situación estresante. Así tenemos que el pensamiento rumiativo, se presenta en la búsqueda y atribución inadecuada de las causas de los problemas o vivencias frustrantes a las que se enfrenta la persona, o en contraposición con esto en el hallazgo de la causa pero la presencia de cierta incapacidad para generar y poner en práctica estrategias de solución eficaces; en tanto el pensamiento supresivo sería la vía para suprimir las representaciones recurrentes (Delgado, J., Herrera, y Delgado, YM. 2008).

Wegner (1989, 1994), quien ha sido una de las figuras principales en el trabajo de este tema, plantea que la supresión de pensamientos es uno de los muchos intentos de nuestra mente por controlarse a sí misma, es decir, un tipo de control mental. La supresión de pensamientos refleja la tendencia a eliminar determinadas ideas y procesos de la conciencia que se manifiestan de forma estable y repetida en algunos individuos.

Cuando se habla de supresión resulta impostergable realizar una diferenciación con el término represión. Ambos términos, supresión y represión, fueron originariamente acuñados y popularizados por Freud (1972), quien habló de la existencia de unas defensas mentales encargadas de expulsar al inconsciente aquellos pensamientos o recuerdos que resultan inaceptables o muy desagradables.

En la actualidad se dispone de una definición menos psicoanalítica de estos dos procesos. En el Apéndice B de la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se reconocen mecanismos de defensa que el individuo puede emplear en su vida cotidiana para enfrentarse a las experiencias (internas o externas) que le producen malestar. Estos mecanismos se definen como procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y a las amenazas de origen interno o externo.

Los mecanismos de defensa se dividen en siete grupos, denominados niveles de defensa: nivel adaptativo elevado, nivel de inhibiciones mentales, nivel menor de distorsión de las imágenes, nivel de encubrimiento, nivel mayor de distorsión de las imágenes, nivel de acción y nivel de desequilibrio defensivo. Los primeros niveles comprenderán mecanismos de afrontamientos recomendables o saludables, mientras que en los últimos encontramos mecanismos que pueden tener efectos contraproducentes y que denotan un estilo de afrontamiento patológico.

En contraposición con lo antes expuesto resulta imprescindible aclarar que a pesar de que los mecanismos de defensas son procesos que el individuo suele poner en marcha de forma automática, si revisamos las definiciones de los distintos mecanismos, podemos ver que algunos de ellos son de naturaleza claramente consciente. En el Apéndice B del DSM-IV, se describe el nivel adaptativo elevado de dichos mecanismos de defensas; en este nivel se ubica el proceso de supresión, mecanismo psicológico mediante el cual el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar. Por tanto, se está ante un mecanismo cuya función es alejar de la mente de forma “voluntaria” o “consciente” todos aquellos contenidos mentales (pensamientos, imágenes) que resultan desagradables o inoportunos.

Así, la represión se encuadra dentro del nivel de inhibiciones mentales, mediante este mecanismo el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de

los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas.

El estudio de la supresión como fenómeno comenzó hace unas décadas, proporcionando como evidencia, la ineffectividad de esta estrategia para manejar aquellos pensamientos que producen malestar o resultan inoportunos. La mayoría de estos estudios se basan en el experimento pionero de Wegner, Schneider, Carter y White en 1987 (citado en Luciano, 2007), en el que los participantes recibían instrucciones bien de suprimir, o bien de expresar, pensamientos sobre un «oso blanco».

El experimento típico compara las recurrencias de un pensamiento-objetivo entre dos grupos de sujetos: uno de ellos recibe instrucciones de suprimirlo, mientras que el otro no las recibe. El interés se sitúa en la observación de eventuales incrementos de la frecuencia del pensamiento-objetivo, que muestran un efecto de incremento inmediato, o bien un efecto de incremento demorado. Wegner (1989) en conjunto con colaboradores, plantearon que la supresión de pensamiento es una tarea difícil de realizar y que algunos pensamientos tras ser suprimidos, vuelven posteriormente a la conciencia con mayor intensidad.

Al principio la mayoría de las investigaciones se realizaron con poblaciones normales que tenían como tarea experimental la supresión de pensamientos neutros (Ej. Clark, Ball, y Pape, 1991; Clark, Winton, y Thynn, 1993; Lavy y van den Hout, 1990; Wegner, Schneider, Knutson, y McMahon, 1991, citado en Luciano, 2007). Todos estos estudios sobre el tema sugieren una línea de investigación caracterizada por resultados divergentes que no resulta fácil conciliar.

A partir de mediados de los 90, un considerable número de estudios experimentales han investigado los efectos de la supresión en muestras clínicas. Así, se encontraron estudios que se han centrado en la supresión de intrusiones obsesivas (Ej. Janeck y Calamari, 1999; Purdon, Rowa, y Antony, 2005; Tolin, Abramowitz, Przeworski, y Foa, 2002), preocupaciones (Becker, Rinck, Roth, y Margraf, 1998) y recuerdos traumáticos (Beck,

Gudmundsdottir, Palyo, Miller, y Grant, 2006; Guthrie y Bryant, 2000; Harvey y Bryant, 1998; Roemer y Salters, 2004; Shipherd y Beck, 1999; Shipherd y Beck, 2005, citado en Luciano, 2007).

Al igual que en los estudios con muestras no clínicas y estímulos neutros, los estudios de laboratorio con muestras clínicas y pensamientos diana también han arrojado efectos muy variados. Según Luciano y Algarabel (2006), se ha comprobado la implicación de la supresión de pensamientos en el alcoholismo, tema que fue trabajado por Palfai, Monti, Colby y Robsenow en 1997, en la depresión desarrollado por Wenzlaff, Wegner, y Roper en 1988, en el insomnio primario por Harvey en el 2003, en la fobia a las arañas Wenzel, Barth, y Holt en el 2003, en el trastorno por estrés postraumático Shipherd y Beck en 1999; Shipherd y Beck en el 2005, Beck en el 2006 y en el trastorno obsesivo-compulsivo trabajado por Tolin en el 2002.

En la introducción a su modelo, Wegner (1994, 2009) resalta el hecho de que en muchas ocasiones somos ineficaces a la hora de detener una preocupación, concentrarnos, evitar un estado de ánimo negativo, distraernos del dolor, relajarnos, o evitar la emisión de prejuicios. Los intentos de control mental fallan tan frecuentemente que tendríamos que preguntarnos, si hay alguna parte de nuestra mente, que irónicamente se esfuerza en producir estos errores.

En correspondencia con esto se da a conocer la teoría de los procesos irónicos (Werner, 1994) que postula que los efectos paradójicos del control mental no son producto de la casualidad, y que los intentos de influir en los estados mentales requieren la puesta en marcha de procesos conscientes, así como de procesos inconscientes que detectan los fallos en el control mental. Esto significa que cuando los esfuerzos conscientes por ejercer cierto control son perturbados de alguna forma, el proceso de monitorización inconsciente producirá el estado mental opuesto al deseado.

La teoría de los procesos irónicos establece que ante cualquier tentativa de supresión mental, se ponen simultáneamente en funcionamiento dos procesos antagónicos con

características muy diferentes: por un lado, un proceso intencional operante, que funciona mediante la generación consciente de distractores con el fin de mantener el pensamiento no deseado alejado de la mente. Este proceso consciente requiere una cantidad relativamente grande de recursos cognoscitivos para su correcto funcionamiento, lo que explicaría la dificultad de intentar suprimir un pensamiento determinado.

Por otro lado, habría un proceso de monitorización automático, que funciona de forma inconsciente, requiriendo así pocos recursos cognoscitivos. Durante los intentos de supresión, este proceso tiene como tarea comprobar que el elemento a suprimir no ha aparecido en la mente. De modo que, si el proceso de monitorización detecta una intrusión del pensamiento no deseado, el proceso operante vuelve a iniciar de nuevo la búsqueda de distractores con los que alejar las intrusiones de la mente.

Además, los pensamientos distractores generados por el primer proceso, se convierten posteriormente en claves que licitan paradójicamente el pensamiento objetivo, debido a que se asocian con el mismo. El balance entre ambos procesos, también denominados «búsqueda controlada de distractor» y «búsqueda automática de distractor», respectivamente es responsable, según Wegner (1994), de que se produzcan los efectos paradójicos de incremento del pensamiento cuando se ponen en marcha intentos de supresión intensos.

Este proceso irónico no justifica por sí solo la ineffectividad en muchas ocasiones de la supresión del pensamiento, varios estudios realizados por el propio Wegner y colaboradores (Wegner y Erber, 1992; Wegner, Erber, y Zanakos, 1993 citado en Luciano, Belloch, Algarabel, Tomás, Morillo, Lucero, et al, 2006) demostraron que los efectos paradójicos de la supresión mental surgen en aquellas ocasiones en las que el individuo se ve sometido a una alta carga cognitiva.

Berry, May, Andrade y Kavanagh (2010) proponen otros mecanismos que intervienen en la generación del efecto rebote, planteando como idea básica, que las personas en cierta medida están obligadas a pensar en el material suprimido, al inferir de las intrusiones, de

las dificultades que experimentan durante la supresión y de los fallos en supresión. Para este modelo toman como referencia la teoría de la auto-percepción de Bem, según la cual los individuos hacen inferencias de sus motivaciones, y las teorías de la sobrejustificación de Nisbett y Valins y del compromiso en la actividad de Higgins, Trope, y Kwon, en las que se plantea que la motivación puede aumentar o disminuir en función de a qué se atribuye la conducta.

Se tiene en cuenta, además, la teoría de campo formulada por Lewin. En esta se plantea que la necesidad crea un estado de tensión, que solo puede ser reducida al satisfacer la necesidad. En relación a la supresión, esta crea la necesidad en el individuo de expresar el constructo suprimido, por tanto, si se permite expresar lo suprimido, se reducirá la necesidad y al mismo tiempo disminuirá la accesibilidad del constructo en cuestión. Planteándose como hipótesis: expresar un constructo tras haberlo suprimido, reducirá la necesidad del individuo, produciendo una inhibición de los constructos. Esta inhibición no tendrá lugar si no es expresado el constructo suprimido o cuando se exprese un constructo sin haberlo suprimido antes, apareciendo así el efecto rebote.

En la última década, un número considerable de investigaciones han trabajado sobre los factores causantes de que algunos individuos sean mejores supresores que otros. Según Luciano (2007) un número considerable de investigaciones experimentales han intentado dar respuesta a esta problemática. Así se posee evidencia de que suprimen mejor sus pensamientos intrusos las personas con una mayor capacidad de memoria operativa e inteligencia fluida (Brewin y Beaton, 2002; Brewin y Smart, 2005), las altamente sugestionables cuando están hipnotizadas (Bowers y Woody, 1996; Bryant & Wimalaweera, 2006), las que tienen baja reactancia cognitiva (Kelly y Nauta, 1997), las que muestran un estilo represivo de afrontamiento (Barnier, Levin, y Maher, 2004; Geraerts, Merckelbach, Jelicic, y Smeets, 2006; Luciano y Algarabel, 2006), las poseedoras de un auto-concepto complejo (Renaud y McConnell, 2002), así como los sujetos caracterizados por bajos niveles de obsesividad (Hardy y Brewin, 2005; Rutledge, 1998; Smári, Birgisdóttir, y Brynjólfssdóttir, 1995).

Lo anterior supone, que aún cuando las investigaciones sobre supresión de pensamientos, suelen establecer las disímiles dificultades que enfrenta un sujeto al tratar de suprimir un pensamiento intruso, todo parece indicar la existencia de sutiles diferencias individuales que influyen en la habilidad para suprimir exitosamente. De esta manera se puede hipotetizar que el empleo exitoso de la supresión puede estar asociada a las capacidades psicológicas preestablecidas que posea la persona, a sus competencias en el manejo de situaciones estresantes y a variables vinculadas a su autoconcepto como individuo.

Wells y Davies (1994), consideran importante conocer, no sólo si el individuo intenta suprimir sus pensamientos desagradables (supresión como objetivo), sino también qué estrategias emplea para lograr este objetivo (estrategias de supresión). Algunos sujetos realizan actividades para distraerse de sus pensamientos, otros se centran en el cambio de pensamiento, o sea en cambiar la idea recurrente, mientras otros no realizan ningún intento de eliminación. Todas estas estrategias que utilizan los sujetos para realizar la supresión fueron estructuradas por Wells y Davies en cinco estrategias de control denominadas:

- Distracción: el sujeto trae a la mente imágenes positivas que sirvan de sustitutas.
- Control Social: el sujeto trata de confrontar los pensamientos para encontrar similitud con otras personas.
- Preocupación: el sujeto se centra en otras preocupaciones.
- Castigo: el sujeto se autocastiga por la presencia de dichos pensamientos.
- Revaloración: el sujeto le resta importancia a dichos pensamientos.

Como propuestas actuales para el tratamiento de la supresión de pensamientos se encuentran varios modelos que permanecen en su mayoría poco probados. Según Wegner (2009) la traducción de los resultados de los estudios de laboratorios a la práctica clínica están llenos de ambigüedades y sería prematura su conversión en tratamientos efectivos para la práctica clínica. Dentro de estas propuestas se encuentran:

- Disociación de asociaciones (Moritz & Jelinek, 2007).

- Exposición a las preocupaciones (Hoyer, Beesdo, Gloster, Runge, Hofler & Becker, 2009).
- Entrenamiento de la atención (Watson & Purdon, 2008).
- Terapias de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahi & Wilson, 1999).
- Psicoeducación (Marino-Carper, Negy, Burns, Lund, 2010)

## *Capítulo II*

---

## ***2.1 Clasificación de la investigación.***

La investigación se enmarcó en la metodología cuantitativa, ya que se concibe como un proceso secuencial, deductivo y probatorio, que analiza la realidad objetiva, con vistas a generalizar estos resultados. Las bondades de esta metodología están en el control sobre los fenómenos, la precisión y la predicción (Hernández y cols, 2006).

El estudio tuvo un carácter descriptivo correlacional, pues no solo mide y evalúa diversos aspectos, dimensiones y componentes del fenómeno investigado, sino que también busca establecer el grado de relación que existe entre las variables. Según la clasificación para los estudios en Psicología elaborada por Montero y León (2005), este tipo de estudio de carácter descriptivo correlacional, se corresponde con lo que ellos prefieren llamar, estudios *ex post facto*. En este grupo son incluidos aquellos estudios en los que las limitaciones para el contraste de las relaciones causales vienen dadas por la imposibilidad de manipular la variable independiente.

## ***2.2 Población y muestra.***

Se trabajó con la totalidad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Atención y Educación al Diabético (CAED) en los meses de octubre de 2010 a enero de 2011; un total de 121 que cumplieran con las siguientes condiciones:

- Voluntariedad de participar en el estudio, es decir ofrecieran su consentimiento informado.
- Ausencia de alteraciones psicopatológicas de nivel neurótico o psicótico.

Se declaró como criterio de salida el hecho de que algunos de los pacientes no deseará continuar en la investigación.

Las características de la muestra se muestran a continuación:

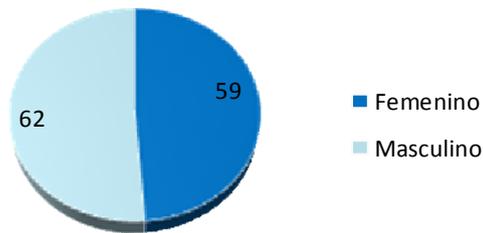


Gráfico 1. Distribución por género de los participantes en la investigación.

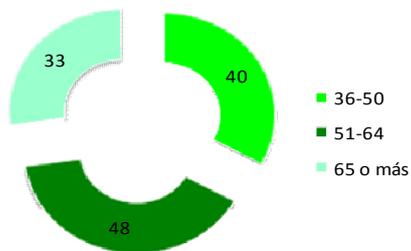


Gráfico 2. Distribución por grupo de edades de los participantes en la investigación.

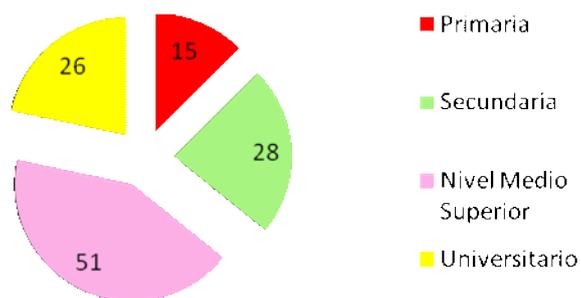


Gráfico 3. Nivel de escolaridad de los participantes en la investigación.

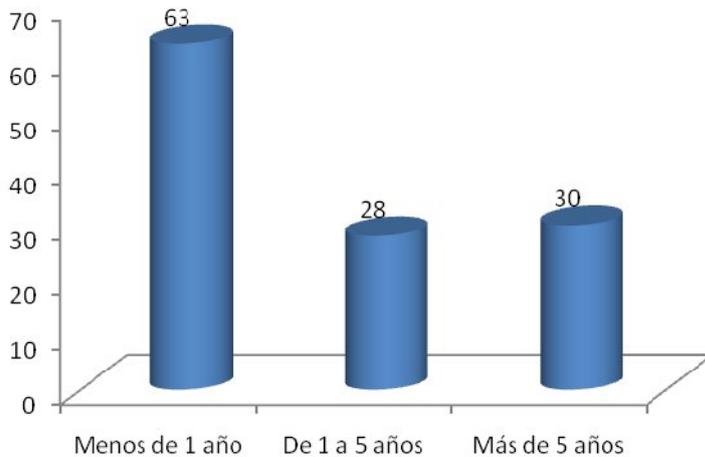


Gráfico 4. Tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes entrevistados.

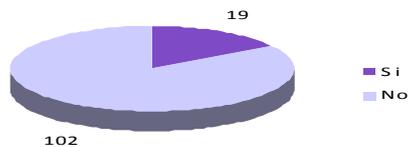


Gráfico 5. Existencia de trastornos asociados a la DM en los pacientes estudiados.

### ***2.3 Métodos y Técnicas para la recogida de la información.***

En la investigación se utilizaron métodos teóricos y empíricos que permitieron la obtención, análisis y elaboración de la información resultante. Fueron utilizados como métodos del nivel teórico los siguientes:

- Inductivo-deductivo. Está presente desde el planteamiento de las interrogantes científicas hasta las conclusiones a las que se arriban. En este sentido, el análisis de

los datos supuso el establecimiento de razonamientos que iban desde lo particular hasta lo general (inducción) y viceversa, de lo general a lo particular (deducción).

- Análisis y síntesis. Su utilización es evidente en el análisis de los predictores de la supresión de pensamiento, donde se descubre la relación existente entre cada variable a partir de una serie de operaciones lógicas que permiten la descomposición e integración del objeto de estudio.

Dentro de los métodos y técnicas utilizados para la recogida de información se encuentran: la entrevista estructurada (Anexo 2), el Inventario de Supresión del Oso Blanco (Anexo 3) y el Autoreporte Vivencial (Anexo 4).

La entrevista es una técnica en la que el entrevistador solicita información de los entrevistados, para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone al menos la existencia de dos personas y la posibilidad de interacción verbal (Hernández y cols, 2006). Se ha catalogado como el método más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica, en tareas que van desde la investigación hasta la praxis y en áreas que se extienden por todas las ramas de la Psicología aplicada.

Dentro de las formas que puede adoptar la entrevista se utilizó la variante estructurada o estandarizada, en la cual las preguntas y sus secuencias son uniformes para todos los entrevistados (Ibarra, 2001). Se utilizó con el objetivo de determinar los factores que influyen sobre la supresión de pensamientos.

Como procedimientos generales para su aplicación se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Aplicación en un ambiente adecuado de comodidad, sinceridad y aceptación mutua.
- Explicación de los objetivos y propósitos de la entrevista.
- Explicación de los métodos de selección de la persona entrevistada.
- Garantía al entrevistado del anonimato y confidencialidad de la información obtenida.
- Atención a todos los aspectos vinculados a la comunicación no verbal.

El Inventario de Supresión del Oso Blanco, más conocido como WBSI (White Bear Suppression Inventory) por sus siglas en inglés. Es un test desarrollado por Wegner y Zanakos (1994) para evaluar las diferencias individuales en el uso de la supresión. El nombre del test se debe a los experimentos del “Oso Blanco”, realizado por Wegner y cols en 1987, donde comprobaron experimentalmente la existencia de la supresión y su efecto rebote.

Para su aplicación se le pide al sujeto que ofrezca el grado de acuerdo o desacuerdo con un grupo de cuestiones vinculadas a la presencia de pensamientos intrusos y la supresión de pensamientos; siendo clasificadas en: nada de acuerdo, algo de acuerdo, bastante de acuerdo, muy de acuerdo y totalmente de acuerdo. Los ítems se responden a través de una escala Likert y se suman los puntos obtenidos (Rango: 15-75). En la estructura unifactorial propuesta por sus autores, se interpreta que a mayor puntuación, mayor tendencia a suprimir. Estructura que ha sido validada para población general cubana (Rodríguez y cols, en prensa).

El autoreporte vivencial fue elaborado por Jorge Grau con el objetivo obtener una evaluación cualitativa de la fluctuación de las distintas experiencias emocionales negativas en la vida cotidiana de las personas (Fernández, 2011). Una adaptación posterior de la prueba permitió cuantificar sus resultados atendiendo a la agrupación del impacto emocional de las vivencias en tres factores (Camejo, 2011): vivencias *depresivas* ( $\Sigma$ [tristeza, apatía, sufrimiento, abatimiento, angustia]); *de ira- disgusto- rechazo* ( $\Sigma$ [irritabilidad, ira, rechazo, desprecio]) y de *ansiedad-miedo* ( $\Sigma$ [inquietud, desconfianza, miedo, inseguridad, ansiedad]). En la misma se le pide al sujeto que responda con qué frecuencia experimenta en su cotidianidad cada vivencia específica. Las respuestas se ofrecen de acuerdo a una escala desde 1= “escasa” hasta 3= “frecuente”.

La confiabilidad de la prueba puede calificarse como altamente satisfactoria ( $\alpha$  de Cronbach=.812, N= 2 528), al igual de su correlación test-retest, transcurrido un mes entre ambas mediciones ( $r=.612$ ,  $p<.001$ , N= 100) (Camejo, 2011). También fueron altamente

significativas las correlaciones establecidas para establecer la validez concurrente de la prueba (Fernández, 2011). La puntuación se realiza mediante la sumatoria de las puntuaciones de los ítems dentro de cada factor y se asume que mientras mayor sean las puntuaciones, mayor ha sido el registro de vivencias con las repercusiones emocionales señaladas.

Durante la aplicación se le orienta al sujeto lo siguiente: A la izquierda se relacionan una serie de emociones o estados psíquicos y usted como cualquier otra persona puede experimentar. A la derecha de cada una de estas emociones hay una línea horizontal, cuyo extremo izquierdo indica el grado más débil en que se experimentan estas emociones, el extremo derecho corresponde a la mayor intensidad en que le ha sido experimentado. Usted debe marcar el punto de la línea que considere refleje el grado en que usted ha experimentado estas emociones durante estos últimos años.

#### ***2.4 Procedimientos para el análisis de los datos.***

El procesamiento de los datos fue ejecutado mediante el SPSS, versión 18.0, mediante ANOVA univariante para establecer las diferencias individuales en el uso de la supresión de pensamientos atendiendo a los factores sociodemográficos y psicológicos, estimando el tamaño de efecto mediante eta-cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ), donde los valores superiores a .01, .06 y .14 fueron considerados como efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente (Sink and Mvududu, 2010).

Además se realizaron correlaciones bivariadas (Pearson) y regresiones múltiples. Los valores de P inferiores a .05 fueron considerados como estadísticamente significativos para todas las comparaciones; sin embargo al ser la muestra extremadamente numerosa, se decidió realizar las correcciones de los modelos iniciales de regresión, con aquellos valores de  $t$  resultantes, inferiores a .001. Los tamaños de efecto de las asociaciones fueron establecidos atendiendo a los valores de  $r$  mayores que .1, .2 y .5, se interpretaron como efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente (Sink and Mvududu, 2010) y de igual forma se procedió con  $r^2$  para los valores superiores a .01, .09 y .25.

Por último, la caracterización de las preocupaciones se llevó a cabo mediante un árbol de clasificación (CHAID) y se utilizaron pruebas de Chi-cuadrado mediante tablas de contingencia, utilizando la corrección por continuidad para la interpretación de sus resultados.

### **2.5 Operacionalización de las variables.**

<b>Variables</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Conceptualización</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Escala</b>	<b>Valores</b>
Edad	Continua	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Entrevista	Años cumplidos en el momento de la investigación.	36-50 51-64 65 o más
Género	Nominal	Constitución orgánica que diferencia lo masculino de lo femenino.	Entrevista	Según sexo biológico de pertenencia.	Femenino Masculino
Nivel de escolaridad	Nominal	Se refiere al conjunto de cursos que la persona ha cumplido en instituciones docentes.	Entrevista	Según último grado vencido.	Estudios primarios. Secundaria. Nivel Medio Superior. Universitario.
Tiempo de evolución	Ordinal	Hace referencia al tiempo que lleva el paciente con la enfermedad.	Entrevista	Según el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico de la DM y el momento de la investigación.	Menos de 1 año. De 1 a 5 años. Más de 5 años.
Trastornos asociados a la Diabetes Mellitus	Nominal	Hace referencia a las complicaciones que pueden aparecer en el paciente diabético como consecuencia del desequilibrio metabólico	Entrevista	Según su presencia o ausencia	- Si - No
Supresión de pensamientos	Escala	Mecanismo psicológico mediante el cual el individuo evita intencionadamente pensar en problemas o experiencias que le producen malestar.	WBSI	- Según las puntuaciones directas.	15-75
				- Según las tendencias bajas, medias o altas a la supresión de pensamientos.	Tendencias bajas: 15-33
					Tendencias medias: 34- 62
					Tendencias altas: 63- 75

Preocupaciones	Nominal	Cadena de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolables.	Entrevista	Según la presencia o ausencia de preocupaciones	Presente Ausente
Repercusión de la DM	Nominal	Hace referencia al significado que le da el paciente a vivir con la enfermedad.	Entrevista	Según el grado de afectación percibida por el paciente.	-Limitaciones en las actividades diarias que realiza. -Pérdida de la autonomía o independencia -Preocupación -Sufrimiento -Sin importancia
Autoconcepto	Escala	Se refiere al concepto que tienen sobre sí los sujetos investigados a partir de una serie de características sugeridas por el investigador.	Entrevista	Según la percepción y valoración que realiza el paciente de sí mismo.	Independiente-Dependiente Seguro de sí mismo-Inseguro Comunicativo-Reservado Relajado-Tenso Prudente-Impulsivo Tolerante-Intolerante Sociable-Tímido Despreocupado-Preocupado Capacidad de perdón-Rencoroso Práctico-Soñador Confiado-Desconfiado Flexible-Obstinado Sereno-Emotivo Espontáneo-Cauteloso Condescendiente con los otros-Insistente
Vivencias	Nominal	Se refiere al estado emocional que se asocia con la aparición de los pensamientos intrusos.	Autoreporte Vivencial	Según el estado vivencial que se presenta.	Depresivas. Ira-disgusto-rechazo. Ansiedad-miedo.
Área temática	Nominal	Hace referencia a los temas que se suelen repetir con mayor frecuencia en las preocupaciones de los pacientes con DM.	Entrevista	Según el área temática.	Salud Muerte Trabajo Familia Amistades
Dificultad para librarse de las preocupaciones	Ordinal	Grado en que el paciente puede librarse o no de los pensamientos que lo perturban	Entrevista	Según el grado de dificultad.	Ninguna Con algo de esfuerzo Apenas lo consigue

## ***2.6 Procedimiento general de la investigación.***

La investigación se realizó en el Centro de Atención y Educación al Diabético del municipio de Santa Clara, en el período comprendido de septiembre del 2010 a octubre del 2011. Este centro surgió en el 2006 con la misión de dirigir y ejecutar las acciones para un desempeño de excelencia en la atención integral a la salud del diabético, con un enfoque dirigido al entrenamiento, educación y motivación, priorizando la satisfacción de los pacientes y la excelencia en los servicios de salud.

Desde la fecha de su surgimiento hasta marzo del 2011 han sido atendidos 1 928 pacientes, de los cuales 506, debutaban con la enfermedad. En el centro se reciben como promedio 15 pacientes semanalmente, preferentemente de debut y difícil control metabólico, remitidos de la Atención Primaria de Salud (APS), los cuales reciben atención médica especializada en los servicios de: Oftalmología, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Angiología, Nefrología, Nutrición, Estomatología y Psicología.

El estudio se desarrolló en seis etapas de trabajo:

- Revisión de la literatura científica existente sobre el tema objeto de estudio.
- Elaboración de los fundamentos teóricos de la problemática a investigar.
- Diseño de la estrategia metodológica y selección de la muestra.

En el diseño de la estrategia metodológica se tuvo en cuenta las particularidades del centro en la atención a los pacientes diabéticos, que resulta muy dinámica, pues, en solo una semana, dichos pacientes, deben completar varias consultas, exámenes de laboratorio y participación en dinámicas grupales para recibir educación diabetológica. En este sentido, se decidió el empleo de tres técnicas, que resultarán operativas en su aplicación, para no entorpecer la dinámica asistencial.

- Ejecución de la metodología de la investigación propuesta.

Las técnicas se aplicaron en coordinación con la dirección del centro en tres sesiones de trabajo en el horario de la mañana. A cada sujeto se le propiciaron las condiciones y el ambiente de trabajo adecuado para responder las técnicas. En

este sentido se les entregó los materiales: lápiz y goma y se realizaron en total privacidad, con las correctas condiciones de iluminación. Se explicó con claridad los objetivos de los instrumentos aplicados.

- Análisis de los resultados de la investigación.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados obtenidos en la investigación.

### ***2.7 Consideraciones éticas.***

Las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta en la presente investigación responden a los principios básicos: no maleficencia, justicia, beneficencia y respeto a las personas.

En este sentido, los pacientes objeto de investigación, contaron con total autonomía dentro del estudio pudiendo decidir su participación o no en el mismo, así como su salida en cualquier etapa de la investigación. De ello, estuvo consciente el total de la muestra estudiada a partir de la firma del consentimiento informado (Anexo 1).

Estos elementos anteriormente señalados, unidos al valor de la investigación en el campo científico (determinar los factores predictores de la supresión de pensamientos en los pacientes diabéticos) y clínico (ayudar a los pacientes diabéticos en el control de los pensamientos intrusos), establece la relevancia del estudio para el individuo y la sociedad. En consecuencia, los objetivos perseguidos por el investigador presuponen no hacer daño a los pacientes, sino continuar los estudios sobre el constructo supresión de pensamientos en esta enfermedad crónica no transmisible

# *Capítulo III*

---

### **3.1. Preocupaciones principales en la Diabetes Mellitus**

En el campo de la repercusión que tiene esta enfermedad para los pacientes diabéticos, se encontró que la DM es fuente de disímiles preocupaciones, Nótese (tabla 4) que el 67% de la muestra estudiada (81 pacientes) refieren que el diagnóstico de la enfermedad ha supuesto para ellos una preocupación y solo el 23 % (28 pacientes) la asume como algo carente de importancia.

Tabla 4. Repercusión de la DM en los pacientes diabéticos estudiados.

Limitaciones en actividades		Pérdida de autonomía		Preocupación		Sufrimiento		Sin importancia	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
36	85	16	105	81	40	24	97	28	93

Fuente: Entrevista

Los resultados de la comparación mediante Chi-cuadrado, usando la corrección por continuidad, mostraron que no existieron diferencias entre el reporte de preocupaciones frecuentes, referidas por 82 personas y aquellas específicas sobre la enfermedad, referidas por 81 [ $\chi^2 (1) = 1.162, p > .28$ ]. En la siguiente tabla de contingencia (Tabla 5) se observa cómo la cantidad de personas que reportaron preocupaciones por la enfermedad fue muy similar al reporte de preocupaciones frecuentes, 81 para los primeros y 82 los segundos.

Tabla 5. Tabla de contingencia de preocupaciones: *frecuentes\* por la enfermedad.*

		Enfermedad		Total
		No	Si	
Frecuentes	No	16	23	39
	Si	24	58	82
Total		40	81	121

Fuente: Entrevista

Estos resultados sostienen la hipótesis que la mayoría de las preocupaciones presentes en la muestra estudiada están referidas a su enfermedad. En este sentido, Belloch y Morillo (2003) plantean que los pensamientos intrusos se caracterizan por ser repetitivos en el flujo de aparición y están relacionados con las problemáticas más importantes para las personas.

Ello corrobora los planteamientos de diversos autores sobre la DM como un evento potencialmente estresante y por tanto generador de diversas preocupaciones. Asociadas al diagnóstico de la DM se encuentran una serie de causas generadoras de estrés y por ende de fuertes preocupaciones tales como: complejidad y demandas diarias del tratamiento, posibilidad de aparición de un episodio hipoglucémico, temor e incertidumbre ante complicaciones futuras entre otros aspectos. (Beléndez y Xavier, 1999)

Cuando se produce el diagnóstico de la DM el cambio o novedad en la situación, la falta de información, la ambigüedad de la situación, la baja predictibilidad de lo que puede ocurrir, la incertidumbre y la duración determinan el surgimiento de preocupaciones precipitadas por este diagnóstico, cumpliéndose algunos de los criterios característicos de las preocupaciones como fenómeno cognitivo. En este sentido, se observa como estas preocupaciones son precipitadas por circunstancias de la vida cotidiana, se está preocupado por las consecuencias negativas de situaciones de la vida real y su contenido, aunque plausible, resulta exagerado (Clark y Rhyno, 2005; García-Soriano, 2005; Morillo, 2004, citado en García, 2008).

Al analizar el área temática de las preocupaciones de los pacientes (Tabla 6), estos refirieron en mayor medida el área familiar con una presencia de 58 pacientes (70.7%), seguida del área de la salud con 48 pacientes (58.5%). Con relación al género, solamente el área familiar mostró diferencias significativas [ $\chi^2(1)=4.910$ ,  $p<.05$ ] favorables a un reporte positivo de las mujeres (80.4%) sobre los hombres (54.8%).

Tabla 6. Áreas temáticas más frecuentes en las preocupaciones de los pacientes diabéticos.

Área temática	Ausencia		Presencia		Total	
Salud	34	41,5%	48	58,5%	82	100,0%
Muerte	72	87,8%	10	12,2%	82	100,0%
Trabajo	71	86,6%	11	13,4%	82	100,0%
Familia	24	29,3%	58	70,7%	82	100,0%
Amistades	81	98,8%	1	1,2%	82	100,0%

Fuente: Entrevista

Estos resultados pueden ser explicados debido a que la DM, al ser una enfermedad crónica con gran implicación en la salud y la vida familiar de los pacientes, exige un cambio en la convivencia de los miembros de la familia y un apoyo muy superior por parte de esta (De los Ríos y cols, 2005). No se manifestaron niveles altos con respecto a las temáticas sobre la muerte (12.2%), pudiendo estar influenciado, por ser una muestra amplia de pacientes diagnosticados recientemente con la enfermedad.

El mayor número de preocupaciones relativas al área familiar en el género femenino pudiera estar asociado al “encargo social” que ha recibido la mujer con el hogar y la familia. En este sentido Patricia Ares (2007) reconoce como la cultura patriarcal ha promovido un modelo de mujer y madre abnegada y sobreinvolucrada con las cuestiones familiares y en especial con sus hijos.

Un análisis realizado mediante un árbol de clasificación, introduciendo la presencia de preocupaciones frecuentes como variable dependiente y *género, edad, tiempo de evolución y trastornos asociados a la enfermedad* como variables independientes (ver Figura 1), reveló que, dentro de todas las variables independientes establecidas, las preocupaciones frecuentes fueron mejor explicadas atendiendo al género del individuo. Un grupo de mujeres (82.3%) las reportaron de forma significativamente superior a la de los hombres (52.5%).

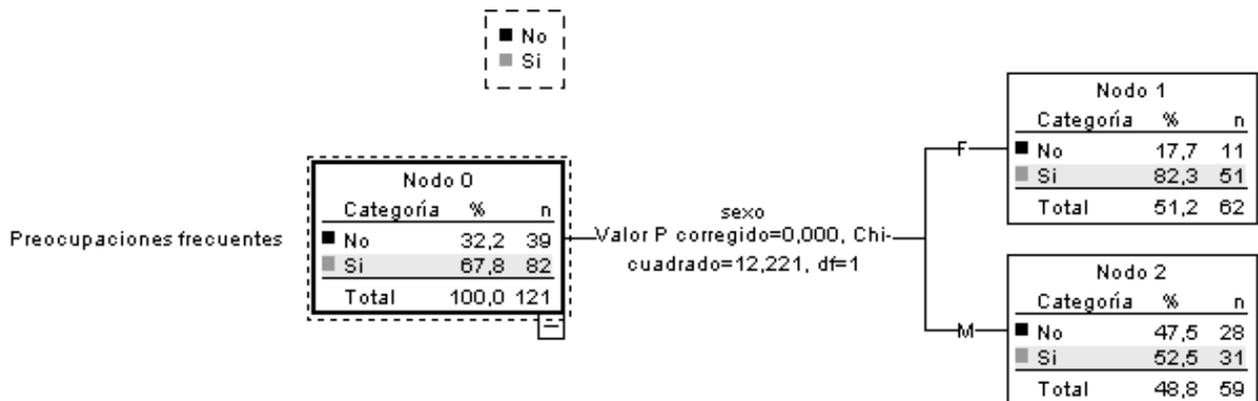


Figura1. Árbol de Clasificación de Preocupaciones Frecuentes.

Este elemento viene a corroborar que hombres y mujeres sienten y piensan de manera diferente. Esto, si bien es conocido por la sabiduría popular, también ha sido objeto de investigación en numerosos estudios. Las investigaciones han revelado diferencias de género en la forma de afrontar situaciones emocionales y en el uso de estrategias emocionales para disminuir o eliminar las emociones negativas. (Stanton y cols, 2000) Las respuestas al por qué de estas diferencias se han encontrado en factores biológicos – químico-hormonales-, sociales y psicológicos (Fernández- Berrocal y Extremera, 2003).

El grupo de investigaciones de Susan Nolen-Hoeksema (1994) encontró, cuando estudiaron las diferencias de género en depresión durante la adolescencia, que se produce una interacción entre algunos rasgos de personalidad, más prototípicos en chicas que en chicos, como bajos niveles de asertividad, mayor utilización de estrategias de afrontamiento basadas en la rumiación que en el enfrentamiento activo, menores niveles de agresión y dominio de las relaciones interpersonales y ciertos cambios sociales y fisiológicos que serían los responsables, conjuntamente, del desarrollo de mayores niveles de depresión en las adolescentes.

Estos resultados, al ser realizados solamente en un grupo de edad que no contempla la presente investigación -la adolescencia- y estudiar la interrelación de estas variables con la depresión, no así con la presencia de preocupaciones o la supresión de pensamientos,

no pueden ser tomados como parámetro para definir, que las variables estudiadas por Susan Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) son las que determinan la mayor presencia de preocupaciones en el sexo femenino de los pacientes diabético estudiados. Aún así nos permite hipotetizar que variables de orden biológico, psicológico y social pudieran estar influyendo en la presencia significativa de las preocupaciones en el género femenino sobre el masculino.

Fernández-Berrocal y Extremera (2003) encontraron en los adolescentes una menor tendencia a suprimir pensamientos negativos. Además plantean como perfil propio del género que las adolescentes focalizan y atienden más a sus pensamientos, que tienen menor capacidad para regular sus estados emocionales negativos y que son más rumiativas que los adolescentes. De demostrarse estos hallazgos como una constante en etapas más avanzadas de la vida pudiera explicar, al menos inicialmente, las diferencias encontradas en el mayor número de preocupaciones que muestran las pacientes diabéticas femeninas.

En este mismo orden de ideas es pertinente señalar que Fernández-Berrocal y Extremera (2003) encontraron además que la variable género no guarda relación con la salud mental cuando se controla la reparación emocional y la supresión de pensamientos. Es decir que las personas más rumiativas y con menor capacidad para regular sus estados emocionales tendrán peor salud mental independientemente del género. A ello habría que apuntar que la presente investigación no profundizó en variables de orden psicológico tales como: inteligencia emocional, estrategias de afrontamiento, apoyo social y otras que pueden estar mediando la presencia de preocupaciones y la supresión de pensamientos.

Un análisis más detallado de la Tabla 7 mostró que aún cuando el reporte negativo de las preocupaciones fue un factor que se tomó en cuenta para el cálculo, la ausencia de valores pronosticados en el mismo podría constituir un indicador de la presencia de “positivos pronosticable” o “falsos negativos”. Esto quiere decir que hay un grupo de personas que aún cuando no reportaron la presencia de preocupaciones frecuentes, podrían estarlas padeciendo.

Tabla 7. Valores pronosticados en torno a las preocupaciones frecuentes.

Observado	Pronosticado		
	No	Si	% correcto
No	0	39	.0%
Si	0	82	100.0%
% global	.0%	100.0%	67.8%
Métodos de crecimiento: CHAID VD: Preocupaciones frecuentes			

Fuente: Entrevista

### **3.2 Factores mediadores de la supresión de pensamientos.**

Se realizaron comparaciones (Tabla 8) para evaluar el efecto de un grupo de factores sobre la supresión de pensamientos, mediante ANOVA univariante (GLM): preocupaciones frecuentes, género, edad, nivel de escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad y eventos recientes. Los resultados mostraron diferencias altamente significativas para la presencia de preocupaciones y el género ( $p < .001$ ), con tamaños de efecto grande ( $\eta^2_{\text{parcial}} = .729$ ) para el primero y de mediano a grande ( $\eta^2_{\text{parcial}} = .131$ ) para el segundo; mientras que solo fueron significativas ( $p < .05$ ) para la escolaridad, con un tamaño de efecto mediano ( $\eta^2_{\text{parcial}} = .09$ ) y no significativas para los eventos recientes, el tiempo de evolución de la enfermedad y la edad.

Tabla 8. Efecto de factores asociados sobre la supresión de pensamientos.

VAR	CLAS	N	Media	DE	gl	F	Sig.	$\eta^2_p$	Potencia
Preocupac frecuentes	Si	82	59.26	11.29	1, 119	319.94	.000	.729	1.000
	No	39	24.05	6.97					
Género	F	62	54.73	17.29	1, 119	18.014	.000	.131	.998
	M	59	40.75	18.92					
Edad	Ad	88	47.64	18.85	1, 119	.064	.801	.001	.057
	AdM	33	48.64	20.94					
Escolaridad	Pri	16	59,81	13,910	3, 117	3.848	.011	.090	.810
	Sec	28	52,07	16,698					
	Med	51	44,55	20,770					
	Sup	26	42,69	18,874					
Tiempo de evolución	<1 año	63	44.76	20.208	2, 118	1.916	.152	.031	.391
	1-5 años	28	49.89	19.029					
	>5 años	30	52.67	17.050					
Trastornos asociados	Si	19	50.13	17.948	1, 119	2.734	.101	.022	.375
	No	102	44.16	21.197					

Fuente: Inventario de Supresión del Oso Blanco y Entrevista

Estos resultados revelaron que la presencia de preocupaciones frecuentes mostró un efecto extremadamente grande sobre la supresión de pensamientos. Nótese, en la tabla 9, que de los 39 pacientes con tendencias bajas a la supresión, 36 (92.3%) plantean no presentar preocupaciones frecuentes; mientras que más del 95% con pensamientos intrusos en forma de preocupaciones frecuentes tienen niveles medios y altos en la supresión.

Tabla 9. Tendencias a la supresión de pensamiento en los pacientes diabéticos según la presencia de preocupaciones frecuentes.

Supresión de Pensamientos	Preocupaciones frecuentes		Total
	No	Si	
Tendencia baja	36 92,3%	3 3,7%	39 32,2%
Tendencia media	3 7,7%	38 46,3%	41 33,9%
Tendencia alta	0 ,0%	41 50,0%	41 33,9%
Total	39 100,0%	82 100,0%	121 100,0%

Fuente: Inventario de Supresión del Oso Blanco y Entrevista

Estas diferencias eran esperadas y desde la teoría es posible explicar el gran tamaño de efecto registrado. Al aparecer las preocupaciones (entendidas como un tipo de intrusión indeseada), resulta altamente probable que sea activado el mecanismo de supresión de pensamientos. Por supuesto la activación de este mecanismo de control mental repercutiría, vía teoría de los procesos irónicos, en un mayor rebote a conciencia del material suprimido y por tanto, la presencia de preocupaciones se torna crónica. Por otro lado, resulta posible que aquellos que no reportaron las preocupaciones como frecuentes, posean otras estrategias más adaptativas de control cognitivo (Ejemplo: revaloración).

Por otro lado, las diferencias encontradas en el género, mostraron que esta variable ejerció un efecto de mediano a grande sobre la supresión, que bien podría ser explicada cuando analizamos la tabla 10. De un total de 121 pacientes estudiados 62 de ellos

correspondieron al género femenino y 59 al masculino, existiendo un predominio de las tendencias bajas a la supresión en el género masculino (28 pacientes para un 71.8%), mientras que el femenino tiende a presentar tendencias altas (29 pacientes para un 70.7%).

Tabla 10. Tendencias a la supresión según el sexo de los pacientes diabéticos.

Supresión de pensamientos	SEXO		Total
	Femenino	Masculino	
Tendencia baja	11 28,2%	28 71,8%	39 100,0%
Tendencia media	22 53,7%	19 46,3%	41 100,0%
Tendencia alta	29 70,7%	12 29,3%	41 100,0%
Total	62 51,2%	59 48,8%	121 100,0%

Fuente: Inventario de Supresión del Oso Blanco y Entrevista

Estos resultados difieren con el efecto pequeño, registrado por esta variable en la población general, aunque sí se mantiene el hecho de que las mujeres tienden a un mayor uso de la supresión que los hombres. (Rodríguez, et al., en prensa). De igual modo otros investigadores han encontrado reportes superiores de la supresión de pensamiento en el sexo femenino (Anestis, 2005).

Con relación al nivel de escolaridad se apreció que el uso de la supresión fue mayor en aquellos sujetos con menor nivel de escolaridad (primaria y secundaria). La tabla 11 muestra que de los 15 pacientes con escolaridad primaria solo 1 (6.7%) mostraba una tendencia baja a la supresión, mientras que 10 (66.7%) presentaban tendencia alta. Al realizar un análisis de los pacientes con nivel universitario, se evidenció el proceso de forma inversa, pues el mayor grupo de pacientes mostró tendencia baja a la supresión. Nótese que de 26 pacientes con nivel superior, 10 (38.5%) mostraron tendencia baja y 5 (19.2%) niveles altos de supresión.

Este aspecto podría ser explicado por una mayor diversidad de estrategias cognitivas para la regulación emocional. Un análisis de la Tabla 12 mostró dos efectos diferentes del nivel educacional sobre el uso de la supresión de pensamientos, donde las personas con educación superior y media, se diferenciaron de aquellos que solamente terminaron los estudios primarios. Con relación a aquellos que terminaron la secundaria, la supresión en algunos casos puede ser similar a los niveles superiores, mientras que en otros puede ser similar al nivel precedente.

Tabla 11. Tendencias a la supresión de pensamiento según los niveles de escolaridad de los pacientes diabéticos.

Supresión de pensamientos	Nivel de escolaridad				Total
	Primaria	Secundaria	Medio	Superior	
Tendencia baja	1 6,7%	5 17,9%	23 45,1%	10 38,5%	39 32,5%
Tendencia media	5 33,3%	14 50,0%	11 21,6%	11 42,3%	41 34,2%
Tendencia alta	10 66,7%	9 32,1%	17 33,3%	5 19,2%	41 34,2%
Total	15 100,0%	28 100,0%	51 100,0%	26 100,0%	121 100,0%

Fuente: Inventario de Supresión del Oso Blanco y Entrevista

Tabla 12. Establecimiento de subconjuntos de efectos sobre la supresión de pensamientos atendiendo al nivel educacional mediante la prueba de diferencias honestamente significativa de Tukey.

Escolaridad	N	Subconjunto	
		1	2
Superior	26	42.69	
Medio	51	44.55	
Secundaria	28	52.07	52.07
Primaria	16		59.81
Sig.		.281	.452

Dada las diferencias obtenidas, se procedió a realizar el establecimiento de los predictores segmentando la muestra según la presencia de preocupaciones y el género de los pacientes evaluados.

### **3.3 Predictores de la supresión de pensamientos.**

#### 3.3.1 Predictores de la supresión de pensamientos atendiendo al género.

En primer lugar se establecieron las correlaciones de las puntuaciones del WBSI atendiendo al género del participante. El Coeficiente de Correlación de Pearson ( $r$ ) fue significativo solamente en los hombres que se reconocieron como *tenso*, *intolerante* y *obstinado*. Relación que mostró un tamaño de efecto mediano. En el caso de las mujeres ninguna de las características evaluadas fue significativa. Este resultado, si se toman en cuenta los elevados puntajes reportados por las mujeres en el uso de la supresión podría ser un indicador de que esta es una estrategia utilizada por la generalidad de las mujeres, con independencia de los rasgos de personalidad que estas sean capaces de reconocer como propios (ver Tabla 13).

Tabla 13. Correlación de las puntuaciones del WBSI con los rasgos de personalidad percibidos, atendiendo al género.

	WBSI	
	$r_M$	$r_F$
independencia-dependencia	.084	.106
seguridad-inseguridad	.171	.201
comunicativo-reservado	-.109	.124
relajado-tenso	.331*	.217
prudente-impulsivo	.249	.099
tolerante-intolerante	.330*	.219
sociable-tímido	.226	.012
despreocupado-perseverante	-.041	.082
perdón-rencor	.160	.224
práctico-soñador	-.080	.192
confiado-desconfiado	.043	.058
flexible-obstinado	.277*	-.052
sereno-emotivo	.209	.145
espontáneo-cauteloso	-.197	-.073
condescendiente-insistente	-.005	.218

Correlación significativa:  $p < .05$

Al igual que con los rasgos de personalidad percibidos, no se observaron relaciones significativas para las mujeres en ninguna de las variables evaluadas, mientras que en los hombres el grado de dificultad para librarse de las preocupaciones fue aquel que se relacionó de forma significativa con el uso de la supresión de pensamientos (ver Tabla 14).

Tabla 14. Correlaciones de las puntuaciones del WBSI con las vivencias y el grado de dificultad para librarse de las preocupaciones, atendiendo al género.

		WBSI	
		$r_M$	$r_F$
Vivencias	V-Depr	.339	.218
	V-Ira/Rech	.053	-.010
	V-Ans/Miedo	-.009	.199
Grado de dificultad		.452*	.094

Correlación significativa:  $p < .05$

Dado que para las mujeres no existieron correlaciones significativas con ninguno de los indicadores evaluados, solo se pudo proceder al análisis de los predictores para el caso de los hombres. En la Tabla 15 se ofrecen los modelos de regresión múltiple para aquellas variables donde se establecieron correlaciones significativas. El modelo inicial de regresión fue significativo para todas esas variables, con un tamaño de efecto grande ( $R^2$  corregida  $> .25$ ), pero un análisis de los coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) reveló que solamente el grado de dificultad y la tensión mostraron valores de  $t$  significativos.

Tomando en cuenta estos elementos, fue evaluado un nuevo modelo y final, donde solamente estuvieron presentes ambas variables, obteniendo una regresión con mayor significación y un mayor porcentaje de la varianza explicada de las puntuaciones del WBSI. Esto constituye un indicador de que en los hombres que presentan DM, el hecho de considerarse “tensos” y experimentar mayor grado de dificultad para librarse de las preocupaciones pueden constituir los mejores predictores, dentro de los evaluados en el estudio, del uso de la supresión de pensamientos. Por último, el tamaño de efecto de los

predictores establecidos fue incrementado considerablemente, en el rango de *grande* ( $R^2$  corregida > .25).

Tabla 15. Modelos de regresión: predictores del uso de la supresión de pensamientos en hombres.

Variables Introducidas	$\beta$	t	Sig.
Modelo Inicial [F (4. 25)= 4.561. p<.01]			
Grado de dificultad	.683	3.621	.001
Tenso	-.520	-3.030	.006
Intolerante	.027	.165	.870
Obstinado	-.008	-.041	.967
$R^2$ Corregida	.329		
Modelo Final [F(2. 27)= 9.826. p<.01]			
Grado de dificultad	.681	4.175	.000
Tenso	-.519	-3.179	.004
$R^2$ Corregida	.378		

### 3.3.2. Predictores de la supresión de pensamientos atendiendo a la presencia de preocupaciones frecuentes.

Dada las diferencias, altamente significativas, y el gran tamaño de efecto, entre la presencia preocupaciones y la supresión de pensamientos se procedió al análisis de los predictores de la supresión de pensamientos en pacientes diabéticos atendiendo al reporte de preocupaciones frecuentes.

Cuando se analizaron, mediante el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) las puntuaciones del WBSI con los rasgos de personalidad percibidos por los pacientes con DM tipo 2 con reportes de preocupaciones frecuentes (Tabla 16), se encontró, como significativo únicamente la perseverancia, con un efecto de mediano a grande. Ello supone que las personas que se identificaron a sí mismos como perseverantes mostraron valores elevados de supresión de pensamientos.

Tabla 16. Correlación de las puntuaciones del WBSI con los rasgos de personalidad percibidos, en diabéticos con reporte de preocupaciones frecuentes.

	$r_{WBSI}$
independencia-dependencia	-.020
seguridad-inseguridad	.002
comunicativo-reservado	-.068
relajado-tenso	-.027
prudente-impulsivo	-.044
tolerante-intolerante	.101
sociable-tímido	-.015
despreocupado-perseverante	.228*
perdón-rencor	.079
práctico-soñador	.054
confiado-desconfiado	-.057
flexible-obstinado	.068
sereno-emotivo	-.135
espontáneo-cauteloso	-.193
condescendiente-insistente	.060

Correlación significativa:  $p < .05$

El análisis de estos hallazgos supuso una exhaustiva revisión teórica sobre el constructo: perseverancia. Para Rubinstein (1981) la perseverancia es una cualidad volitiva de la personalidad, junto con: la iniciativa, la autonomía, la independencia, la tenacidad y la energía, “con la cual se puede llevar a cabo una determinación tomada y superar los numerosos obstáculos hasta alcanzar un objetivo propuesto” (p. 577). Para Raymond Cattell constituye una estructura de la personalidad que en el Inventario de personalidad 16-PF se ubica dentro del factor: mucha fuerza del ego y aquí ubica a aquellos sujetos: escrupulosos, perseverantes, sensatos, sujeto a las normas, concienzudo, con sentido del deber, exigente, organizado, moralista y que no malgasta su tiempo. (González, 2007)

Si bien la perseverancia ha sido asociada a individuos responsables y persistentes, el límite entre este constructo y la obsesividad puede transitar por una línea muy delgada, donde los criterios de obsesividad son muy semejantes a los propuestos por Cattell para agrupar a los sujetos perseverantes. Para Rodríguez y Orozco (2005) “en las personas obsesivas sobresale un comportamiento disciplinado, austero y serio; son tenaces, escrupulosos y meticulosos y su afectividad está restringida por una vida regulada, muy estructurada y cuidadosamente organizada” (p. 165).

Muchas personas obsesivas se describen a sí mismos como perseverantes y responsables. Ello tiene que ver, a criterio de la autora, con el hecho de que el autoconcepto o imagen de sí, deriva en la autovaloración que realizan los sujetos sobre sí y en la estima hacia lo que son como seres humanos. No sería lo mismo valorarse, en aras de proteger la autoestima, como alguien perseverante –asociado a una cualidad positiva- que obsesivo. Por demás muchas veces las personas operan con creencias irracionales que se diluyen en estos constructos: “hay que ser competentes en todos los aspectos de nuestra vida, para considerarnos personas de valor” (Ellis, 1977, citado por Zaldivar, 2006)

Estos planteamientos llevan a la autora a cuestionarse si dentro de los sujetos que se definieron como “perseverantes” hay un grupo relativamente grande con rasgos obsesivos, que explicaría mejor la relación de esta categoría del autoconcepto con la supresión de pensamientos. Al respecto se plantea que los sujetos obsesivos tienden a “darle vueltas” en su cabeza a las preocupaciones, determinando el empleo de la supresión de pensamientos como una estrategia de control mental.

Las correlaciones establecidas entre los resultados del WBSI fueron significativas con las vivencias depresivas y el grado de dificultad para liberarse de las preocupaciones, ambos con un tamaño de efecto de mediano a grande (Tabla 17). El hecho de que aparezcan estas vivencias depresivas en los sujetos estudiados respaldan los resultados encontrados por Peralta (2007). Según este autor la prevalencia de depresión en pacientes con DM es mayor que en la población general, aumentando el riesgo en los pacientes con un control glucémico deficiente. Al analizar la relación entre las vivencias depresivas y la supresión

de pensamientos Casanova (2011) observó que solo la tristeza, producida por la ocurrencia de eventos recientes, resultaba estadísticamente significativa en su relación con la supresión, no siendo así, para la presencia de otras vivencias asociadas a esos eventos.

Para Beck (1967; 2006) los individuos que experimentan vivencias depresivas suelen valorar los sucesos como negativos, ya que los consideran globales, frecuentes e irreversibles, de ahí que el padecimiento de una enfermedad crónica no transmisible pueda provocar este estado emocional y como extensión pensamientos negativos de carácter intruso que García (2008) reconoce como pensamientos autoreferenciales negativos. De manera inversa Clark y Rhyno (2005) plantean que el carácter desagradable de estos pensamientos produce estados afectivos negativos.

Aún cuando no se pueda definir causa y efecto, lo cierto es que las vivencias depresivas guardan una correlación bidireccional con la supresión de pensamientos. Por una parte este tipo de vivencias puede generar este mecanismo, por los pensamientos de carácter negativo que se imponen ante los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración; o viceversa, el carácter desagradable de esas preocupaciones de las que el sujeto no puede liberarse, produce vivencias de sufrimiento y abatimiento. (García, 2008; Masuda y cols, 2009; 2010)

Tabla 17. Correlaciones de las puntuaciones del WBSI con las vivencias y el grado de dificultad para librarse de las preocupaciones en pacientes con reporte de preocupaciones frecuentes.

		$r_{WBSI}$
Vivencias	V-Depr	.281*
	V-Ira/Rech	.003
	V-Ans/Miedo	.088
Grado de dificultad		.249*

\* Correlación significativa:  $p < .05$

En la Tabla 18 se ofrecen los modelos de regresión múltiple para aquellas variables donde se establecieron correlaciones significativas: perseverancia, vivencias depresivas y grado de dificultad para liberarse de las preocupaciones. El modelo inicial de regresión fue significativo para todas esas variables, pero un análisis de los coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) reveló que solamente la perseverancia mostró valores de  $t$  significativos.

Dados estos resultados se evaluó un nuevo modelo por regresión simple ya que quedaba únicamente una variable. Sin embargo, tomando el mayor porcentaje de varianza explicada y el tamaño de efecto pequeño obtenido de la regresión simple se decidió mantener el modelo inicial de tres predictores. Ello supuso que en los pacientes diabéticos con reportes de preocupaciones el mayor poder predictivo fue establecido por la combinación de las vivencias depresivas, la perseverancia y el grado de dificultad para liberarse de las preocupaciones.

Tabla 18. Modelos de regresión: predictores del uso de la supresión de pensamientos en pacientes con reporte de preocupaciones frecuentes.

Variables Introducidas	$\beta$	t	Sig.
Modelo Inicial [F (3. 77)= 4.598. p<.01]			
Grado de dificultad	.192	1.707	.092
Vivencias Depresivas	.187	1.649	.103
Perseverante	.223	2.103	.039
R <sup>2</sup> Corregida	.119		
Regresión Final [F(1. 80)= 4.373. p<.05]			
Perseverante-R <sup>2</sup>	.040		

### ***3.4 Análisis Integrador***

Los resultados de esta investigación aportan un grupo importante de elementos que permiten profundizar en el análisis de las preocupaciones, el uso de la supresión de pensamientos y sus predictores en pacientes con DM tipo 2. En primer lugar existe un predominio de la presencia de preocupaciones por la enfermedad, reportadas como una preocupación frecuente en la muestra estudiada. Ello sugiere el impacto que supone el diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible, en este caso la diabetes. Dicho diagnóstico supone una serie de preocupaciones relativas al cuidado de la salud, la dieta, las limitaciones, la posibilidad de que ocurran complicaciones, entre otros aspectos que afectan la calidad de vida del diabético.

En este sentido Borkovec cols (1983, pg.10) plantean que “el proceso de preocuparse representa un intento de resolver mentalmente problemas en los cuales el resultado es incierto pero implica la posibilidad de uno o más resultados negativos”. Para Belloch y Morillo (2003) los pensamientos intrusos se caracterizan por ser repetitivos en el flujo de aparición y están relacionados con las problemáticas más importantes para las personas. Si tomamos en consideración los planteamientos de estos autores no es de extrañar la aparición de un número significativo de pacientes con reportes de preocupaciones vinculadas a la salud.

Un resultado de interés radica en el hecho de que aún en aquellas personas que no reportan preocupaciones, es altamente probable que constituyan un grupo de “positivos pronosticables”, o sea que las estén padeciendo pero que no las reporten. Una explicación posible para la presencia de estos “positivos pronosticables” puede estar dada por las diferencias observadas en el uso de la supresión de pensamientos. Resulta interesante el efecto establecido sobre la supresión de pensamientos por el reporte de las preocupaciones frecuentes. La teoría de los procesos irónicos postula que mientras más se intenta suprimir mayor probabilidad existe de que el material suprimido rebote a conciencia, por tanto puede ser probable que sea este constante rebote el elemento que facilite la percepción de las preocupaciones como “frecuentes”; mientras que las personas

donde predominen estrategias más adaptativas de control mental, les resulte más fácil dejar de pensar en aquello que les preocupa, inhibiendo el efecto del rebote irónico.

En resumen, resulta altamente probable que en los pacientes con DM tipo 2 se manifiesten las preocupaciones por la salud con independencia del nivel de supresión de pensamientos, solo que los que no las intentan suprimir y utilizan otras estrategias más adaptativas pueden deshacerse de ellas con mayor facilidad y por tanto, no las reportan como “frecuentes”.

Un último elemento con relación a las preocupaciones radica en que el tema salud está presente tanto en hombres como en mujeres, pero en las preocupaciones, con relación a la familia, son las mujeres quienes muestran una mayor proporción de reportes. El primer hallazgo supone que el diagnóstico de la DM provoca, con independencia del género, preocupaciones sobre la enfermedad que pudieran estar determinadas por múltiples variables como: la personalidad, el historial familiar de diabetes, los mitos e información que posee la persona de la diabetes etc. (Nuñez de Villavicencio y cols, 2001)

El mayor reporte de preocupaciones por la familia en el género femenino se asocia, a criterio de la autora, a los modelos que tiene nuestra sociedad de lo que significa ser hombre o mujer. Dichos aprendizajes de género se elaboran en una sociedad patriarcal que define estereotipos, roles y conductas de acuerdo al género (Ares, 2007).

Fernández (2006) plantea que “en el sentido patriarcal, las mujeres deben vivir de espaldas a ellas y como seres para otros” (p. 161). Es decir, han sido educadas para cuidar de los demás y aquí se encuentra gran parte de su valor social y del valor que se dan a sí mismas. En los hombres, por su parte, “el deber está en actuar, accionar, hacer y transformar al mundo, es ser para sí en el mundo” (Fernández, 2006, p. 165). Estos elementos suponen la “angustia” por el cuidado familiar, que aparece en las mujeres ante el diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible. Su rol, puede incluso cambiar, de cuidadora a paciente y aparecen preocupaciones sobre el hogar, el cuidado de los hijos y del esposo.

Con relación al uso de la supresión de pensamientos, esta estrategia cognitiva parece estar mediada por el reporte de las preocupaciones como frecuentes, el género y el nivel de escolaridad presentes en cada individuo. El hecho de que exista una relación altamente significativa entre las preocupaciones (entendidas como un tipo de intrusión indeseada) y la supresión de pensamientos puede ser explicado desde los aportes iniciales de Wegner y sus seguidores. Para estos autores resulta altamente probable que ante la presencia de preocupaciones sea activado el mecanismo de supresión de pensamientos. Por supuesto la activación de este mecanismo de control mental repercutiría, vía teoría de los procesos irónicos, en un mayor rebote a conciencia del material suprimido y por tanto, la presencia de preocupaciones se torna crónica.

Por demás, el hecho de que las preocupaciones se asocien a un efecto negativo relacionado con problemas de la vida cotidiana, que tienen una inaceptabilidad moderada y cuyos contenidos están vinculados a cuestiones relevantes para el yo (Clark y Rhyno, 2005; García-Soriano, 2005; Morillo, 2004, citado en García, 2008) suponen la necesidad del paciente de tratar de controlar dichas preocupaciones por algún mecanismo de control mental, que en este caso resulta la supresión de pensamientos, como el más comúnmente utilizado para lograr dicho objetivo (Wegner & Erskine, 2003).

Relacionado con la escolaridad se encontró que en los individuos que solo lograron completar los niveles de primaria y secundaria, la supresión parece ser una estrategia dominante. La reducción considerable de las medias del WBSI en los sujetos con nivel medio y, más aún, superior parecen sugerir que mientras más se eleva el nivel educativo de una persona, más probabilidades tiene de aprender estrategias cognitivas de regulación emocional diferentes a la supresión de pensamientos y, desde un punto de vista especulativo, pudiera afirmarse que se trata de estrategias adaptativas (Ej. Revaloración). Estos resultados son similares a los encontrados por Casanova (2011).

Los resultados en cuanto al mayor uso de la supresión en el género femenino difieren con el efecto pequeño, registrado por esta variable en la población general, aunque se mantiene el hecho de que las mujeres tienden a un mayor uso de la supresión que los hombres. (Rodríguez, et al., en prensa). De igual modo otros investigadores han

encontrado reportes superiores de la supresión de pensamiento en el sexo femenino (Anestis, 2005; Casanova, 2011).

En el caso de las mujeres no pudieron establecerse predictores para la supresión de pensamientos. Si a este resultado se le agregan los valores elevados del WBSI, pudiera inferirse que esta constituye una estrategia de control cognitivo generalizado para el género femenino. Sin embargo, en el caso de los hombres, considerarse a sí mismo como una persona “tensa” y que experimenta un grado elevado de dificultad para librarse de las preocupaciones, puede aumentar la probabilidad de predecir el uso de la supresión de pensamientos.

A tono con el autoconcepto que tienen los sujetos sobre su carácter Casanova (2011) encontró que la supresión de pensamientos correlacionaba de modo significativo con: la inseguridad, el rencor, la timidez, la intolerancia, la emotividad y la tensión. Esta última variable del concepto que dan los sujetos sobre sí, encontrada igualmente en nuestra investigación, supone que la tensión puede generar la supresión de pensamientos o viceversa.

La tensión como estructura de la personalidad es ubicada por Raymond Cattell en el Inventario de personalidad 16-PF dentro del factor: mucha tensión energética y aquí ubica a aquellos sujetos: tensos, presionados, sobreexcitados, aplastados por los acontecimientos y agobiados (González, 2007). En este sentido es lógico pensar que un individuo con estas características perciba la DM como incontrolable y amenazante, generando disímiles preocupaciones de carácter indeseado e inaceptable, que en su mayor parte tratan de ser controladas por la supresión de pensamientos.

Sin embargo, los postulados teóricos sobre supresión de pensamientos también pudieran hacernos pensar en un estado de tensión como consecuencia de los intentos no logrados por tratar de apartar de nuestra mente pensamientos que nos resultan desagradables. De esta forma, la generación del efecto rebote, planteando como idea básica, que las personas en cierta medida están obligadas a pensar en el material suprimido, produciría este estado (Berry y cols, 2010).

El grado de dificultad para liberarse de estos pensamientos como predictores de la supresión de pensamientos en hombres diabéticos insiste en cuan ineficaces somos a la hora de detener una preocupación, concentrarnos y evitar un estado de ánimo negativo; y como los intentos por suprimir un pensamiento hacen que reboten a la conciencia el material que se desea suprimir, generando por tanto este grado de dificultad que manifiestan los sujetos evaluados (Wegner, 2009).

Por último, en las personas que reconocen experimentar preocupaciones frecuentes, el uso de la supresión puede ser medianamente identificada con: aquellas personas que se consideran “perseverantes”, reportan elevados niveles de dificultad para librarse de las preocupaciones y experimentan vivencias depresivas.

La perseverancia y su correlación con la supresión de pensamientos puede deberse a las disímiles preocupaciones que enfrenta un sujeto cuando se involucra en la obtención de determinados propósitos con una fuerte determinación por vencer los obstáculos que se le presentan. Sin embargo, dada la delgada línea entre perseverancia y obsesividad, la autora considera que dentro de los sujetos que se definieron como perseverantes hay un grupo relativamente grande con rasgos obsesivos.

Esta hipótesis de trabajo explicaría mejor la relación de esta categoría del autoconcepto con la supresión de pensamientos. Al respecto se plantea que los sujetos obsesivos tienden a “darle vueltas” en su cabeza a las preocupaciones, determinando el empleo de la supresión de pensamientos, como una estrategia de control mental. Hardy y Brewin (citado en Luciano, 2007) encontró en estudios enfocados a determinar quienes suprimen mejor los pensamientos intrusos, que los sujetos con bajos niveles de obsesividad son mejores supresores que aquellos con altos niveles de obsesividad. Dadas estas consideraciones, la autora sugiere profundizar en próximos estudios la relación entre características de personalidad y supresión de pensamientos.

Finalmente se establece como predictor de la supresión de pensamientos, las vivencias depresivas. Berry (2010) plantea que cuando las preocupaciones se vuelven muy intensas los sujetos comienzan a experimentar desasosiego por la presencia de estos

pensamientos, su carácter intrusivo y espontáneo. Vinculado a estas vivencias depresivas Casanova (2011) encontró que la supresión de pensamientos en pacientes diabéticos aumenta cuando la enfermedad se asocia al sufrimiento, cuando aparecen estados de ánimo negativo y ante un balance de la vida caracterizado por momentos infelices.

A nuestro modo de ver, las vivencias depresivas guardan una relación bidireccional con la supresión de pensamientos. Por una parte este tipo de vivencias puede generar este mecanismo, por los pensamientos de carácter negativo que se imponen ante los sentimientos de tristeza, pérdida o frustración; o viceversa, el carácter desagradable de esas preocupaciones de las que el sujeto no puede liberarse, produce vivencias de sufrimiento y abatimiento. (García, 2008; Masuda y cols, 2009; 2010)

Si atendemos al hecho de que la prevalencia de vivencias depresivas en pacientes diabéticos es mayor que en la población general (Peralta, 2007) y que la presencia de pensamientos intrusos puede producir emociones negativas resulta necesario atender, desde nuevos modelos de intervención psicológica, a los pacientes con DM que tienen tendencias altas a la supresión de pensamientos.

# *Conclusiones*

Como resultado de esta investigación se concluye señalando lo siguiente:

- ❖ Las preocupaciones de los pacientes diabéticos están referidas mayormente al área familiar y de la salud, con una mayor proporción de reportes sobre el ámbito familiar en el género femenino y una coincidencia entre los reportes de preocupaciones frecuentes y las preocupaciones referidas a la enfermedad.
- ❖ Los factores de orden sociodemográfico y psicológico que ejercen un mayor efecto sobre la supresión de pensamientos son: la presencia de preocupaciones, el género y el nivel de escolaridad.
- ❖ Se observó que la supresión de pensamientos constituye una estrategia generalizada de control cognitivo para el género femenino, puesto que no se encontraron predictores específicos para la misma. En el caso del género masculino, considerarse a sí mismo como una persona “tensa” que experimenta un grado elevado de dificultad para librarse de las preocupaciones, puede aumentar la probabilidad de predecir el uso de la supresión de pensamientos.
- ❖ En los pacientes diabéticos con reportes de preocupaciones frecuentes, el uso de la supresión puede ser medianamente identificada con: aquellas personas que se consideran “perseverantes”, reportan elevados niveles de dificultad para librarse de las preocupaciones y experimentan vivencias depresivas.

# *Recomendaciones*

- ❖ Profundizar en el estudio de las diferencias de género cuando se evalúa la presencia de preocupaciones y la supresión de pensamientos, ya sea en poblaciones generales o aquejadas por alguna enfermedad de orden somático o psicológico.
  
- ❖ Profundizar en variables de orden psicológico tales como: características de personalidad, inteligencia emocional, estrategias de afrontamiento, apoyo social y otras que pueden estar mediando la presencia de preocupaciones y la supresión de pensamientos en los pacientes diabéticos.
  
- ❖ Diseñar estrategias de intervención psicológica que atiendan los elevados niveles de preocupaciones y de supresión de pensamientos en los pacientes diabéticos.

# *Referencias*

---

- Acosta, A., Alavez, E., Cabrera, M. T., Carvajal, F., García, R., González, R. et al. (2008). *ABC en el diagnóstico y tratamiento en endocrinología*. La Habana: Sociedad Cubana de Endocrinología.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A. Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217 – 237.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). When Are Adaptive Strategies Most Predictive of Psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0023598
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>a</sup>. ed.)*. Washington: Autor.
- Anestis, M. D. (2005) Rumination: How just thinking about the problem can make the problem worse. Extraído desde: [http://www.psychotherapybrownbag.com/psychotherapy\\_brown\\_bag\\_a/2009/03/rumination-how-just-thinking-about-the-problem-can-make-the-problem-worse.html](http://www.psychotherapybrownbag.com/psychotherapy_brown_bag_a/2009/03/rumination-how-just-thinking-about-the-problem-can-make-the-problem-worse.html)
- Arés, P. (2007). *Psicología de la Familia: Una aproximación a su estudio*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Balcázar, N. P., Gurrola P. G., Bonilla, M. M., Colín, G. H. y Esquivel, S. E. Estilo de vida en personas adultas con Diabetes Mellitus 2. *Revista Científica Electrónica de Psicología*(6), Extraído desde: [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/10\\_-\\_No.\\_6.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/10_-_No._6.pdf)
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experiential and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

- Beck, A., Rush, J. y Shaw, B (2006) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Madrid: Deselee De Brouwer.
- Beevers, C., Wenzlaff, R., Hayes, A. & Scott W. (1999). Depression and the Ironic Effects of Thought Suppression: Therapeutic Strategies for Improving Mental Control. *Clinical Psychology: Science and practice*, 6(2), 133-148.
- Beléndez, M. y Xavier, F. (1999). Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En M. A. Simón. *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Belloch, A., Morillo, C. & Giménez, A. (2003). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 841–857.
- Berry, L. M., May, J., Andrade, J. & Kavanagh, D. (2010). Emotional and behavioural reaction to intrusive thoughts. *Assessment*, 17, 126-137.
- Bill von Hippel (s.f) Las funciones del cerebro y los pensamientos negativos vinculados con el inicio tardío de la depresión. Extraído desde: <http://www.scienceblog.com>
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & dePress, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Camejo, Y. (2011). *Análisis factorial y confiabilidad del Autorreporte Vivencial*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Cardona, D. (2002). Diabetes Melitus. En R. Roca, V. Smith, E. Paz, J. Gómez, B. Serret, N. Llanos et al. *Temas de Medicina Interna* (pp. 211-234). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

- Casanova, D. (2011). *Caracterización del proceso de supresión de pensamiento en pacientes del Centro de Atención y Educación al Paciente Diabético de Santa Clara*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Santa Clara, Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.
- Castro, G., Rodríguez, I. y Ramos, R. M. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Duazary*, 2(2), 147-150
- Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la Diabetes Mellitus. *Revista Española de Cardiología*, 55 (5), 528-38.
- Davies, M. I. and Clark, D. M. (1998). Predictors of Analogue Post-Traumatic Intrusive Cognitions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 303-314.
- Delgado, J., Herrera, L. F. y Delgado, Y. M. (2008). La mediatización del pensamiento rumiativo en el accidente cerebrovascular. *Duazary*, 5(1), 15-23.
- De los Ríos, J., Ávila, T. y Montes, G. (2005). Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico. *Enfermería Cardiológica*, 13, 1-5.
- Ehlers, A. and Steil, R. (1995). Maintenance of Intrusive Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Cognitive Approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Erskine, J., Kvavilashvili, L & Kornbrot, D. (2007). The predictors of thought suppression in young and old adults: Effects of rumination, anxiety, and other variables. *Personality and Individual Differences*, 42, 1047-1057.
- Fernández, L. (2006). Género y subjetividad. En L. Fernández, *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas* (pp. 150-168). Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
- Fernández, E. (2011). Validación concurrente del autoreporte vivencial. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.

- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de psicología*, 70, 79-95.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2003). ¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional? *Encuentros en Psicología Social*, 1, 255-259.
- Freud, S. (1972). *Obras escogidas*, (Tomo II). La Habana: Ciencia y Técnica.
- García, G. y Belloch, A. Influencia del estado de ánimo sobre la supresión de imágenes. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(3), 183-203.
- García, G. (2008). Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal. Tesis doctoral publicada. Valencia, Universidad de Valencia.
- González, F y Mitjans, A. (1996). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana: Pueblo y Educación.
- González, R. (2004). *La psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La Habana: Científico-Técnica.
- González, F. M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
- González, M., Averó, D.P., Rovella, A. T. & Cubas, L. R. (2008). Structural Validity and Reliability of the Spanish Version of the White Bear Suppression Inventory (WBSI) in a Sample of the General Spanish Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 650-659.
- Hazlett-Stevens, H. & Grasko, M. G. (2003). The Catastrophizing Worry Process in Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Investigation of an Analog Population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 387-401.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4.ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, M., Gundín, L. M., Palma, L. M., Padilla, G. J. y Crespo, N. (2008) Morbilidad por Diabetes Mellitus. Extraído desde: [http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol5\\_num4/rhcm15406.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol5_num4/rhcm15406.htm)

- Ibáñez, S. R. (2009). *Representación social de la diabetes en diabéticos que muestran adherencia al tratamiento y en diabéticos que muestran poca adherencia. Estudio comparativo*. Benemérita: Universidad Autónoma de Puebla.
- Ibarra, F. (2001). *Metodología de la investigación social*. La Habana. Félix Varela.
- Jiménez, M. I. y Dávila M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 126-143.
- Knapp, E. (2005). *Psicología de la salud*. La Habana: Científico Técnica.
- Kyrou, I & Kumar, S. (2010). Weight management in over weight and obese patients with type 2 diabetes mellitus. *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 10(6), 274-283
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lieberman, N. & Forster, J. (2000). Expression after suppression: A motivational explanation of postsuppressional rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 190-203.
- Licea, M. (1986). *Tratamiento de la Diabetes Mellitus*. Brasil: Biobras.
- Licea, P. M., Bustamante, T. M. y Lemane, P. M. (2008) Diabetes tipo 2 en niños y adolescentes: aspectos clínico-epidemiológicos, patogénicos y terapéuticos. *Endocrinología*, 19(1) Extraído desde: [http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol19\\_1\\_08/end07108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol19_1_08/end07108.htm)
- Luciano, J. V., Belloch, A., Algarabel, S., Tomás, J. M., Morillo, C., Lucero, M., et al. (2006) Confirmatory Factor Analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire A Comparison of Alternative Models. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(4), 250-258.
- Luciano, J. V. & Algarabel, S. (2006). Individual differences in self-reported thought control: The role of the repressive coping style. *Psicothema*, 18, (2) 228-231.

- Luciano, J. V. (2007). Control de pensamientos y recuerdos intrusos: el rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión. Tesis doctoral publicada. Valencia, Universidad de Valencia.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J. & Washio, Y. (2009). A Parametric Study of Cognitive Defusion and the Believability and Discomfort of Negative Self-Relevant Thoughts. *Behavior Modification*, 33, 250-256.
- Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W. & Sheehan, S. T. (2010). Cognitive Defusion versus Thoughts Distraction: a Clinical Rationale, Training and Experiential Exercise in Alterating Psychological Impact of Negative Self-Referential Thoughts. *Behaviour Modification*, 34, 520-538.
- Mata, M., Roset, M., Badia, X., Antoñazas, F y Ragel, J. (2003). Impacto de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31 (8), 77-87.
- Markowitz, L. J. & Borton, J. L. S. (2002). Suppression of Negative Self-Referent and Neutral Thoughts: a preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 271-277.
- Martín, E., Querol, M. T., Larsson, C., Renovell, M. y Leal, C. (2007). Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Avances en Diabetología*, 23(2), 88-93.
- Méndez, C. F. y Beléndez, V. M. (2004). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*, 10(2), 189-198.
- Melason, K. J. & Lowndes, J. (2010). Type 2 Diabetes Risk Reduction in Overweight and Obese Adults Through Multidisciplinary Group Sessions: Effects of Meeting Attendance. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4(3), 275-281.
- Miklowitz, D., Alatiq, Y., Geddes, J. R., Goodwin, G. M. & Williams, M. G. (2010). Thought Suppression in patients with bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 355-365.
- Ministerio de Salud Pública. (s.f). *Programa Nacional de Diabetes*. La Habana: Autor

- Ministerio de Salud Pública. (s.f). *Guía de prácticas clínicas basadas en la evidencia sobre el pesquizaje, diagnóstico y tratamiento de la diabetes*. La Habana: Autor.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). Anuario estadístico de salud. Extraído desde: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>
- Montero, I. y León, I.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Najmi, S., Wegner, D. M. & Nock, M. K. (2007). Thought Suppression and Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1957–1965.
- Najmi, S., Riemann, B. C. & Wegner, D.M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive–compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 494–503.
- Nolen-Hoeksema, S. & Gingus, J. S. (1994). The emergence of gender difference in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Núñez de Villavicencio, F., González, R., Ruiz, G., Álvarez, M. A., Leal, Z. y Marjorie, D. (2001). *Psicología y Salud*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Peralta, P.G. (2007). Depresión y Diabetes. *Avances en Diabetología*, 23(2), 105-108.
- Pérez, M. V. (2009). Elderly adaptive response related to diabetes mellitus and behavior in two health areas. *Revista de Medicina General Integral*, 25(3). Extraído desde: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000300005&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300005&lng=en&nrm=iso&ignore=.html)
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M. J., Mengual, E., Medina, M. et al. (2004). Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1), 13-17
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.

- Portilla, L., Romero, M. I. y Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(2), 199-205.
- Powers, A. C. (2006). Diabetes Mellitus. En D. Kasper, A. Fauci, D. Long, E. Braunwald, S. Hauser, J. L. Jameson et al. Harrison. *Principios de Medicina Interna* (pp. 2367-2397). Chile: Mc Graw Hill Interamericana.
- Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, New York : Prentice Hall.
- Rachman, S.J. (1981). Partl. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H. & Merckelbach, P. (2011). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757–764
- Rodríguez, B. C., Molerio, O., Martínez, L., González, C., Brito, T. y Navarro, S. M. (en prensa) Estructura factorial, confiabilidad y validez del Inventario de Supresión del Oso Blanco en una muestra de población general en Cuba. *Revista Cubana de Psicología*. *Manuscrito preparado para publicación*.
- Rodríguez, B. y Orozco, R. (2005). *Inteligencia Emocional y Flores de Bach*. Tipos de personalidad en *Psicología contemporánea*. Barcelona: Índigo.
- Rodríguez, B. C. (2010). Estructura factorial y confiabilidad del White Bear Suppression Inventory en una muestra de adultos mayores en las provincias centrales de Cuba. *Revista Cubana de Psicología*, 23(1), 40-45.
- Rodríguez, R. y Rodríguez, A. (2000). El efecto de la supresión de pensamientos estereotípicos en una tarea cognitiva. *Psicothema*, 12(1), 33-39.
- Rowa, K. & Purdon, C. (2003). Why are certain intrusive thoughts more up setting than others? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 1-11.
- Rubinstein, J. L. (1981). *Principios de Psicología General*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación.

- Ruiz, M. (2008). Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Extraído desde <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/epesp/epm0009c/cruizm/cruizm.ht>
- Sánchez, D. A. Diabetes vs estilo de vida. La Diabetes: Un dilema del siglo XXI. Extraído desde: [http://cubahora.co.cu/index.php?tpl=principal/ver-noticias/ver-not\\_ptda.tpl.html&newsid\\_obj\\_id=1022361](http://cubahora.co.cu/index.php?tpl=principal/ver-noticias/ver-not_ptda.tpl.html&newsid_obj_id=1022361)
- Sink, C. A. & Mvududu, N. H. (2010). Statistical Power, Sampling, and Effect Sizes: Three Keys to Research Relevancy. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1, 1-18.
- Staton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L. & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through an emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Suarez, R., García, R. y Salas, I. (2001). Diabetes Mellitus. En R. Álvarez, G. Díaz, I. Salas, E. R. Lemus, R. Batista et al. *Temas de Medicina General Integral II*. (pp. 852-867) La Habana: Ciencias Médicas.
- Toledo, G. J., Rodríguez, P., Reyes, M., Cruz, A., Caraballoso, M., Sánchez, L. et al. (2004). *Fundamentos de Salud Pública*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Torpy, J. M. y Golub, R. M. (2011). Diabetes Mellitus. *JAMA Revista de la American Medical Association*, 303(24), 2592-2595.
- Torres, O. (2007). *Usted puede controlar su diabetes*. La Habana: Científico Técnica.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I. S., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13(1), 15-31.
- Wasserman, L. I. y Trifonova, E. A. (2006). La diabetes como problema biopsicosocial multidimensional. *Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 75-85.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

- Wegner, D. M. (1989). *Fenómeno del Oso blanco y otros pensamientos indeseados: Supresión, obsesión y la psicología del control mental*. Londres: La presión de Guilford.
- Wegner, D. M. (1994). Procesos irónicos del control mental. *Revisión Psicológica*, 101, 34-52.
- Wegner, D. M. & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychologist*, 6, 615-640.
- Wegner, D. M. & Erskine, J. A. K. (2003). Voluntary involuntariness: Thought suppression and the regulation of the experience of will. *Consciousness and Cognition*, 12, 684-694.
- Wegner, D. M. (2009). How to Think, Say, or Do Precisely the Worst Thing for Any. *Occasion Science*, 325, 48-50.
- Wells, A. & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wyer, N., Mazzoni, G., Perfect, T., Calvini, G & Neilens, H. (2010). When Not Thinking Leads to Being and Doing: Stereotype Suppression and the Self. *Social Psychological and Personality Science*, 1(2), 152-159
- Zaldivar, D. (2006). *Teoría y práctica de la psicoterapia*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Zavala, M. R., Vázquez, O. y Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*, 6(1), 8-21.

# *Anexos*

**Anexo 1**

Consentimiento informado.

Mediante este documento pedimos su colaboración voluntaria para participar en la investigación que se desarrollará en el Centro de Atención y Educación al diabético de Santa Clara, Villa Clara a partir del mes de octubre del presente año. Usted ha sido seleccionado para conformar nuestra muestra, siendo completamente libre para poder decidir si participa o no en el estudio. Su objetivo es realizar un estudio psicológico sobre la presencia de preocupaciones y/o pensamientos intrusos en los pacientes con diabetes.

Se le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Si acepta participar tiene el derecho de abandonarlo en el momento que desee o de rechazar cualquier tópico que le resulte incómodo. Su decisión no le afectará su acceso a la atención médica futura. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le rogamos nos lo indique.

Dedicatoria de voluntariedad. He entendido el propósito de ese estudio, he leído la información que me brindaron y he tenido la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente a participar en dicha investigación, ya que de esta forma contribuyo a mi bienestar y al de otros.

---

Nombre y firma del paciente

---

Firma del testigo

---

Firma del investigador

**Anexo 2.**

Entrevista estructurada.

1. Edad \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_Femenino      \_\_\_\_\_Masculino

3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

\_\_\_\_\_Primaria    \_\_\_\_\_Secundaria    \_\_\_\_\_Nivel Medio Superior    \_\_\_\_\_Universitario

5. ¿Qué tiempo lleva con el diagnóstico de DM tipo 2?

\_\_\_\_\_ Menos de 1 año

\_\_\_\_\_ De 1 a 5 años

\_\_\_\_\_ Más de 5 años

6. ¿Presenta usted algún trastorno asociado a la DM?

\_\_\_\_\_ Si    \_\_\_\_\_ No

6.1. De ser afirmativa su respuesta que trastorno presenta:

\_\_\_\_\_Neuropatía    \_\_\_\_\_Nefropatía    \_\_\_\_\_Retinopatía    \_\_\_\_\_Pie Diabético    \_\_\_\_\_Polineuropatía

\_\_\_\_\_Cardiopatía    \_\_\_\_\_Accidente vascular encefálico.

Otros \_\_\_\_\_

7. ¿Qué representa para usted su enfermedad?

\_\_\_\_\_ Limitaciones en las actividades diarias que realiza

\_\_\_\_\_ Pérdida de la autonomía o independencia

\_\_\_\_\_ Preocupación

\_\_\_\_\_ Sufrimiento

\_\_\_\_\_ Sin importancia

Otras: \_\_\_\_\_

8. A continuación les diremos algunas características que pueden o no ser aplicadas a usted mismo, estas pueden indicar su modo habitual de actuar o de sentir. Debemos señalarla en el espacio que considera está más cercano a como usted siente que es y como lo ven los demás.

Columna A	1	2	3	4	5	6	7	Columna B
Independiente								Dependiente
Seguro de sí mismo								Inseguro
Comunicativo								Reservado
Relajado								Tenso
Prudente								Impulsivo
Tolerante								Intolerante
Sociable								Tímido
Despreocupado								Perseverante
Capacidad de perdón								Rencoroso
Práctico								Soñador
Confiado								Desconfiado
Flexible								Obstinado
Sereno								Emotivo
Espontáneo								Cauteloso
Condescendiente con los otros								Insistente

10. ¿Tiende usted a tener en su mente la mayor parte del tiempo preocupaciones o intrusiones de pensamientos que lo perturban, le son desagradables y de los cuales no puede liberarse?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

11. ¿Qué temas suelen ser los más frecuentes en sus pensamientos?

\_\_\_ Salud \_\_\_ Muerte \_\_\_ Trabajo \_\_\_ Familia \_\_\_ Amistades

Otros \_\_\_\_\_

12. Cuando usted decide liberarse de esos pensamientos que lo perturban:

\_\_\_ Lo hace sin ninguna dificultad.

\_\_\_ Le cuesta trabajo pero al final lo logra.

\_\_\_ Se empeña pero apenas lo consigue.

**Anexo 3.**

Inventario de Supresión del Oso Blanco.

Nombre: \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de cuestiones, indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.

**A:** Nada de acuerdo

**B:** Algo de acuerdo

**C:** Bastante de acuerdo

**D:** Muy de acuerdo

**E:** Totalmente de acuerdo.

1. Hay cosas en las que prefiero no pensar.	A	B	C	D	E
2. Algunas veces me pregunto por qué tengo los pensamientos que tengo	A	B	C	D	E
3. Tengo pensamientos que no puedo parar.	A	B	C	D	E
4. Hay imágenes que vienen a mi cabeza que no puedo eliminar.	A	B	C	D	E
5. Mis pensamientos vuelven normalmente sobre la misma idea	A	B	C	D	E
6. Ojalá pudiera dejar de pensar en ciertas cosas.	A	B	C	D	E
7. Algunas veces mi mente va tan rápida que desearía poder detenerla.	A	B	C	D	E
8. Siempre intento apartar los problemas de mi mente.	A	B	C	D	E
9. Hay pensamientos que constantemente vienen a mi cabeza	A	B	C	D	E
10. Paso mucho tiempo intentando que los pensamientos no se introduzcan en mi mente	A	B	C	D	E
11. Hay cosas sobre las que intento no pensar pensamientos que constantemente vienen a mi cabeza.	A	B	C	D	E
12. Algunas veces me gustaría de verdad poder dejar de pensar.	A	B	C	D	E
13. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos.	A	B	C	D	E
14. Tengo pensamientos que intento evitar.	A	B	C	D	E
15. Tengo muchos pensamientos que no se los cuento a nadie.	A	B	C	D	E

Gracias por su colaboración.

#### **Anexos 4. Autorreporte Vivencial**

Instrucción: A la izquierda se relacionan una serie de emociones o estados psíquicos que usted como cualquier otra persona puede experimentar. A la derecha de cada una de estas emociones hay una línea horizontal, cuyo extremo izquierdo indica el grado más débil en que se experimentan estas emociones, el extremo derecho corresponde a la mayor intensidad en que le ha sido experimentado.

Vivencia/ Intensidad	Escasamente	Moderadamente	Intensamente
Inquietud			
Desconfianza			
Irritabilidad			
Tristeza			
Apatía			
Miedo			
Inseguridad			
Sufrimiento			
Abatimiento			
Angustia			
Ira			
Rechazo			
Ansiedad			
Desprecio			