

DEPRESIÓN, REDES DE APOYO SOCIAL, ESTILO DE COMUNICACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

IRAMA CARDOZO, JOSÉ EDUARDO RONDÓN Y ROSA LACASELLA
Instituto de Psicología, Universidad Central de Venezuela
iramillac@gmail.com, bernard85@gmail.com, rosa.lacasella@gmail.com

Resumen

El objetivo de esta investigación es describir la relación entre depresión, redes de apoyo social, estilo de comunicación y adherencia al tratamiento según el sexo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Participaron 278 pacientes con promedio de 59 años de edad. Es una investigación no experimental, con diseño transeccional-correlacional. Se aplicaron los instrumentos: Cuestionario tridimensional para la depresión, Escala social network and support, Autoinforme de actitudes y valores en las interacciones sociales e Inventario para medir el estilo de vida en diabéticos. Se encontraron estas relaciones en ambos sexos: depresión con adherencia y con estilos asertivo y pasivo-agresivo; estilo asertivo con adherencia; estilos de comunicación entre sí, excepto pasivo con agresivo y pasivo-agresivo. Únicamente en sexo femenino pasivo-agresivo se relacionó con pasivo y adherencia, y redes de apoyo social con adherencia. Se concluye que existen diferencias según el sexo en la relación entre las variables estudiadas. Se sugiere confirmar estos resultados en estudios posteriores.

Palabras clave: depresión, redes de apoyo social, estilo de comunicación, adherencia al tratamiento, diabetes.

Recibido: 15 de marzo de 2015
Aceptado: 25 de junio de 2015
Publicado: 31 de julio de 2015



DEPRESSION, SOCIAL SUPPORT NETWORKS, COMMUNICATION STYLES AND TREATMENT ADHERENCE ACCORDING TO SEX IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

IRAMA CARDOZO, JOSÉ EDUARDO RONDÓN Y ROSA LACASELLA
Instituto de Psicología, Universidad Central de Venezuela
iramillac@gmail.com, bernard85@gmail.com, rosa.lacasella@gmail.com

Abstract

The purpose of this investigation was to describe the relationship between depression, social support networks, communication styles, and treatment adherence according to sex, in patients with type 2 diabetes mellitus. The sample included 278 patients with a mean age of 59 years old. A cross sectional –correlational design (non-experimental investigation) was implemented. The Three-dimensional Questionnaire of Depression (Cuestionario Tridimensional para la Depresión– CTD), The Social Network and Support Scale, the Attitude and Values in Social Interaction Self inform (Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales – ADCA), and a Quality Life in Diabetics Inventory (IMEVID), were implemented. A link between depression and assertive style was found, as well as between passive-aggressive style and treatment adherence. Also, another link was observed between assertive style and treatment adherence, and amongst the four styles of communication per se. Only in females, it was found a link between passive-aggressive style, passive style and adherence, as well as between social support networks and adherence. A difference between sexes is concluded, in regards to the relationship between the studied variables. A confirmation of these results is suggested for further investigations.

Key words: depression, social support networks, communication styles, treatment adherence, diabetes.

Received: Mar 15, 2015

Accepted: Jun 25, 2015

Published: Jul 31, 2015

INTRODUCCIÓN

La diferencia entre hombres y mujeres en la prevalencia de distintos problemas psicológicos ha sido ampliamente reportada y se sugiere que puede estar asociada con los roles que suelen cumplir las mujeres y los hombres en la sociedad actual y aspectos inherentes a las construcciones culturales en cuanto a lo que implica ser mujer u hombre (Ramos-Lira, 2014). En este sentido, distintos autores (García-Vega, 2011; Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008; Matud, Guerrero & Matías, 2006; Montero et al., 2004; Montesó-Curtó & Aguilar-Martín, 2014; Zubieta, Muratori & Fernández, 2012) señalan que las mujeres presentan mayores problemas de salud mental, manifestados, por ejemplo, en niveles altos de depresión y ansiedad en comparación con los hombres, mientras que estos últimos muestran mayor prevalencia de conductas antisociales y abuso de sustancias.

Según Zubieta et al. (2012), en lo que se refiere al bienestar psicológico, el énfasis de los hombres se encuentra en la autonomía y automanejo conductual, mientras que el de las mujeres está en el crecimiento personal y el desarrollo de sus capacidades. Así mismo, los autores hallaron que las mujeres perciben mejor integración social y mayor aporte al bien común en comparación con los hombres. Sin embargo, aún existen resultados contradictorios al respecto, pues se amerita conocer el origen de tales diferencias, que podría estar relacionado con aspectos tanto biológicos como sociales que todavía no están esclarecidos (García-Vega, 2011).

Entre los múltiples factores que pueden favorecer el desarrollo de problemas psicológicos, se encuentra el padecimiento de problemas de salud, situaciones que suelen constituir un factor de riesgo para la presentación o exacerbación de estados psicológicos particulares, como la ansiedad, el estrés y la depresión (García-Vega, 2011; Pelechano, 2008). Así mismo, existen variables psicológicas que constituyen factores de protección para evitar la incidencia de enfermedades (Pelechano, 2008).

En el caso particular de la diabetes mellitus tipo 2, se ha encontrado que las variables más relevantes en su desarrollo y control son depresión, ansiedad, estrés, hostilidad, apoyo social, autoeficacia, estrategias de afrontamiento, locus de control y optimismo, las cuales, asociadas a otros factores tales como la edad, el nivel socioeconómico y educativo, se relacionan no solo con el manejo de la condición, sino con la calidad de vida percibida por los pacientes (Canales & Barras, 2014; Fu-Espinoza & Trujillo-Olivera,

2013; Muñoz, Gómez & Carime, 2014; Molina, Acevedo, Yáñez, Dávila & Pedraza, 2013; Rondón, 2011).

Igualmente, se ha hallado que el sexo y el género son características relevantes en el establecimiento de diferencias entre los pacientes respecto a los factores de riesgo asociados al inicio, cronificación y tratamiento de la condición de salud (Reyes et al., 2015; Rondón y Lugli, 2013; Rondón, 2011), así como en la comprensión de las diferencias en el afrontamiento y manejo de la enfermedad por parte de los pacientes. Reyes et al. (2015) señalan, tras analizar el discurso de hombres y mujeres diabéticas en cuanto a la concepción de la enfermedad y su abordaje del diagnóstico, que los hombres diabéticos conciben la enfermedad como un reto, mientras que las mujeres lo hacen como un castigo, lo cual incide en la forma de aceptar y llevar a cabo los tratamientos pertinentes.

Las diferencias en cuanto a la manera de concebir la enfermedad pueden constituir un factor importante en el tipo de problema psicológico concomitante con la condición de salud. En este sentido, se ha encontrado que las mujeres diabéticas presentan una mayor tendencia de depresión como parte del impacto de la enfermedad sobre su salud psicológica y además esta se relaciona con una menor adhesión al tratamiento (Reyes et al., 2015); sin embargo, autores como León, Guillén & Vergara (2012) indican que no existen diferencias en el nivel de depresión según el sexo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, aunque coinciden con los autores citados previamente en que la depresión está vinculada con un mal control glucémico.

Las personas que padecen depresión suelen presentar comportamientos interpersonales inadecuados, específicamente déficit en habilidades sociales, el cual no solo forma parte de las características del trastorno, sino que constituyendo parte del estilo de interacción de la persona, puede jugar un papel importante en el comienzo y mantenimiento del problema (Vásquez, Hernangómez, Hervás & Nieto-Moreno, 2006). En este sentido, estas personas tienden a percibir poco apoyo social y sus redes de apoyo social suelen ser escasas.

Rondón & Lugli (2013) señalan que no existe relación entre las redes de apoyo social y el sexo. Así mismo, encontraron resultados contradictorios en investigaciones previas en cuanto a la influencia del sexo sobre el apoyo social percibido y las redes de apoyo social, pues según sus hallazgos no

existe tal influencia. Sin embargo, plantean que existe un efecto indirecto del sexo sobre el apoyo y las redes, mediado por optimismo y estrategias de afrontamiento, es decir, que las mujeres presentan mayor optimismo, emplean más estrategias de aproximación, presentan mayores redes de apoyo social y mayor apoyo social percibido. Por otra parte, aquellas que presentan mayor optimismo y mayores estrategias de evitación presentan menos redes de apoyo social. Igualmente encontraron que las mujeres que emplean menos estrategias de evitación, presentan mayores redes. El hallazgo contradictorio con estudios previos tiene que ver con que mientras estos autores señalan que el sexo no influye directamente sobre las redes de apoyo social ni el apoyo social percibido, otros autores (Cruz-Bello, Vizcarrá-Bordi, Kaufer-Horwitz, Benítez-Arciniega, Misra & Valdés-Ramos, 2014; Inouye, Li, Davis & Arakaki, 2012) reportan diferencias según el sexo, planteando que las mujeres perciben menor apoyo que los hombres.

Respecto a las habilidades sociales, existen resultados contradictorios en cuanto a que las mujeres suelen presentar mayores habilidades para la oposición asertiva, empatía y conversación, en comparación con los hombres, quienes presentan más habilidades para el abordaje afectivo sexual (García, Cabanillas, Morán & Olaz, 2014), pero en otras investigaciones (Tousaint & Webb, 2005) se señala que los hombres son más empáticos, sin embargo, se destaca el papel que podría tener en estas contradicciones el nivel de instrucción de la muestra estudiada, así como con los roles que actualmente desempeña la mujer (García et al., 2014). Otro aspecto que se plantea es que aunque ciertamente las mujeres presentan mayor capacidad para el reconocimiento y expresividad emocional que los hombres, las mujeres son menos asertivas (García-Vega, 2011). En lo que refiere a la diabetes mellitus, no se han encontrado hallazgos concluyentes respecto a la diferencia entre hombres y mujeres en los aspectos relacionados con su estilo de comunicación.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, Moral & Cerda (2015) señalan que la percepción de mejoría por el tratamiento y una mayor edad son las variables más relevantes en el favorecimiento de la adherencia al tratamiento y que el sexo no tiene un efecto significativo. Estos hallazgos son contradictorios con los de Cruz-Bello, Vizcarrá-Bordi, Kaufer-Horwitz, Benítez-Arciniega, Misra & Valdés-Ramos (2014), quienes encontraron diferencias de género en relación con la manera como la mujer asume el rol del cuidado de su condición de salud, favorece la realización de los cambios necesarios en el estilo de vida, la asistencia al médico y la búsqueda de información sobre

la enfermedad en comparación con los hombres, quienes presentan más impedimentos para llevar un cuidado adecuado de la enfermedad; sin embargo, los autores señalan otros factores tales como la edad, el estado civil, las condiciones de empleo, las creencias, la baja satisfacción con la vida y la percepción de poco apoyo social, los cuales pueden tener impacto sobre la adherencia al tratamiento.

En función de lo anterior, el objetivo de esta investigación es describir la relación entre la depresión, las redes de apoyo social, el estilo de comunicación y la adherencia al tratamiento según el sexo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, lo que puede constituir un aporte para el establecimiento de diferencias entre hombres y mujeres en dichas variables y al mismo tiempo convertirse un aporte para la generación de programas de intervención focalizados en las necesidades particularmente asociadas al sexo, con la finalidad de contribuir al manejo de esta patología.

MÉTODO

Participantes. 278 pacientes entre hombres y mujeres con edades comprendidas entre 19 y 77 años con diagnóstico de diabetes tipo 2, teniendo como mínimo un año con el diagnóstico de la enfermedad, que no presenten comorbilidad con nefropatía diabética y retinopatía diabética, ni amputaciones de miembro alguno. Para la selección de los sujetos se empleó un tipo de muestreo no probabilístico de tipo propositivo, según Kerlinger & Lee (2002).

A continuación se detallan algunos datos sociodemográficos de los sujetos que formaron parte de la investigación (cuadro 1).

Cuadro 1.

Datos sociodemográficos de los participantes

PARTICIPANTES	
Mujeres	159
Hombres	119
Edad media	59 años
Nivel medio de instrucción	Bachillerato completo
Tiempo medio con la condición	10 años

Tipo de investigación. De acuerdo con Kerlinger & Lee (2002), la presente investigación es de tipo no experimental debido a que no se posee control directo de las variables independientes. Así mismo, según Hernández, Fernández & Baptista (2006), se considera que el alcance de la investigación es correlacional, puesto que se pretende conocer el grado de asociación que existe entre las variables en estudio en un contexto particular.

El tipo de diseño empleado es un transeccional-correlacional, debido a que se limita a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales (Hernández et al., 2006). En este caso se pretende conocer la relación entre depresión, redes de apoyo social, estilo de comunicación y adherencia al tratamiento según el sexo.

Según León & Montero (2003), es un diseño retrospectivo de grupo único.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- *Cuestionario tridimensional para la depresión (CTD):* Este instrumento fue desarrollado por Jiménez & Miguel-Tobal (2002) para evaluar la depresión desde el modelo teórico de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Se empleó la adaptación venezolana en pacientes con enfermedades crónicas realizada por Cardozo (2013); consta de 32 ítems, 11 en la escala motor, 12 en el cognitivo y 9 en el fisiológico. La escala de respuesta va del 0 al 4, donde 0 representa la respuesta *casi nunca* y 4 la respuesta *casi siempre*. Los puntajes van desde 0 hasta 128. Una puntuación alta indica un mayor nivel de depresión.

Los índices de confiabilidad en todas las escalas son superiores a 0,75. El índice de consistencia interna de la prueba total es de 0,85. Las correlaciones entre escalas oscilan entre 0,37 y 0,49 y las correlaciones entre las tres escalas y la prueba total se encuentran entre 0,70 y 0,81.

La validez de criterio, explorada a partir del cálculo del índice de correlación con el inventario de ansiedad rasgo (IDARE), dada la relación entre depresión y ansiedad, ampliamente reportada en la literatura (Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2009; Agudelo, Buena-Casal & Spielberg, 2005; Páez, Jofré, Azpiroz & Bortoli, 2009), arrojó un índice de correlación de 0,70. Respecto a la validez estructural, los análisis demuestran que el cuestionario presenta una estructura factorial que explica 31,94% de la varianza total.

- *Autoinformes de actitudes y valores en las interacciones sociales (ADCAS)*: Este cuestionario fue creado en 1992 por E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago, con la finalidad de identificar las actitudes y el sistema de valores de la persona en relación con sus relaciones sociales, establecer el perfil de actitudes y valores en las interacciones sociales de la persona, identificando su estilo de comunicación: pasivo, agresivo, asertivo y pasivo-agresivo. Evalúa las siguientes dimensiones: autoasertividad, que es el grado o nivel de respeto y consideración hacia los sentimientos, ideas y comportamientos propios; y heteroasertividad, que es el grado o nivel de respeto y consideración hacia los sentimientos, ideas y comportamientos ajenos. Diferentes combinaciones de ambas dimensiones generan los cuatro estilos de comunicación (García y Magaz, s.f.). Se empleó la adaptación en población venezolana con enfermedades crónicas realizada por Rondón, Cardozo & Lacasella (2014), en que al igual que la versión original posee cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, a veces, a menudo y siempre o casi siempre. Reportando para la prueba en su totalidad un índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,92, para la dimensión de heteroasertividad 0,89 (14 ítems) y para la dimensión de autoasertividad 0,85 (19 ítems). Los dos factores explican 35,20% de la varianza.
- *Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID)*: Elaborado por López-Carmona, Arisa-Andraca, Rodríguez-Moctezuma & Munguía-Miranda (2003), instrumento de autoadministración para medir el estilo de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. Se empleó la adaptación en población venezolana con enfermedades crónicas realizada por Rondón, Cardozo & Lacasella (2014), en que al igual que la versión original la corrección consiste en asignar calificaciones de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta, y corresponde el valor más alto para la conducta deseable. En la presente adaptación se establece nueva estructura factorial con ocho factores que explican 59,56% de la varianza. La prueba en su totalidad posee un índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,60, y por factores los siguientes: adhesión 0,72 (3 ítems), consumo de alcohol 0,92 (2 ítems), consumo de tabaco 0,97 (2 ítems), tipo de nutrición 0,48 (4 ítems), emoción 0,34 (3 ítems), ejercicio 0,22 (4 ítems), información 0,29 (2 ítems) y cantidad de comida 0,29 (3 ítems). A mayor puntaje mayor adhesión al tratamiento.

- *Escala social network and support*: diseñada por Unden y Orth-Gomer en 1989 y modificada por Orth-Gomer y Wamala en 1994. Es originalmente una versión condensada del Interview Schedule for Social Interaction, de Henderson et al. (1980). Su objetivo es medir las redes de apoyo social en su dimensión de integración social. Se empleó la versión traducida al español por Feldman (2002), teniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,76 y una alta validez predictiva de enfermedades cardiovasculares y depresión. Esta versión traducida por Feldman consta de 5 ítems, cada uno con 6 opciones (ninguna, 1-2, 3-5, 6-10, 11-15 y más de 15). El puntaje menor es de 5 puntos y el mayor es de 30 puntos. A mayor puntaje, mayor red social (Feldman, 2002). La validación del cuestionario realizada por Rondón & Lugli (2010) en población venezolana con enfermedades crónicas, obtuvo un índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,79 y una estructura unifactorial que explica el 55,25% de la varianza total.

PROCEDIMIENTO

Se entrevistaron, durante un período de 6 meses, 500 personas entre hombres y mujeres, diagnosticadas con diabetes mellitus que asistían a distintos centros de salud de la ciudad de Caracas. Del total de entrevistados, fueron elegidos 278 sujetos que cumplían con los criterios que se señalaron en el apartado “participantes”. A los seleccionados se les indicó el propósito de la investigación y se le solicitó su consentimiento de participación por escrito, cumpliéndose así con los parámetros éticos de la investigación. Las entrevistas se llevaron a cabo tanto de manera grupal como individual. Completados los datos de los 278 participantes, se continuó con su codificación y vaciado en el paquete estadístico SPSS 19, con la finalidad de realizar los análisis estadísticos pertinentes y así lograr el objetivo de la investigación.

Análisis de datos. Con el propósito de describir el comportamiento de las variables en estudio según el sexo se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central, de dispersión y de las características de la distribución de las variables en estudio. Luego, para alcanzar el objetivo de la investigación se calcularon las correlaciones entre las variables mediante el coeficiente r de Pearson.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

En el cuadro 2 se presentan los estadísticos de tendencia central, dispersión y de distribución de la muestra de las variables continuas de la investigación (depresión, adherencia al tratamiento y redes de apoyo social) de acuerdo con el sexo. Se observa que en la variable adherencia al tratamiento, la media (56,62) y mediana (57) de las mujeres es ligeramente mayor a la media (55,24) y mediana (55) de los hombres, mientras que la moda de los hombres es mayor (60) en comparación con la de las mujeres (55). La desviación típica en mujeres es 5,44 y hombres de 5,14. El rango de los puntajes en las mujeres (28) es superior al de los hombres (24). Las características de la distribución en ambas muestras presentan una asimetría negativa (mayor cantidad de puntajes altos), sin embargo, la distribución de la variable en los hombres (-0,23) tiende a ser platicúrtica, mientras que en las mujeres (0,32) es ligeramente leptocúrtica.

En la variable depresión, la media (31,57), mediana (30) y moda (19) de las mujeres es mayor a la media (25,53), mediana (22) y moda (9) de los hombres. La desviación típica en mujeres (19,59) es superior al de los hombres (18,38), al igual que su rango (mujeres 98, hombres 95). Las características de la distribución en ambas muestras presentan una asimetría positiva (menor cantidad de puntajes altos), sin embargo, la distribución de la variable en los hombres (3) es leptocúrtica, mientras que en las mujeres (0,59) lo es ligeramente.

En la variable redes de apoyo social, la media (16,72), mediana (16) y moda (17) de los hombres es mayor a la media (15,24), mediana (15) y moda (16) de las mujeres. La desviación típica en mujeres (4,62) es superior al de los hombres (3,92), al igual que su rango (mujeres 22, hombres 20). Las características de la distribución en ambas muestras presentan una asimetría positiva (menor cantidad de puntajes altos), sin embargo, la distribución de la variable en los hombres (0,13) se asemeja a la normal, mientras que en las mujeres (-0,40) es ligeramente platicúrtica.

Cuadro 2.

Estadísticos descriptivos de las variables en estudio

MUJERES	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	DEPRESIÓN	REDES DE APOYO SOCIAL
Media	56,62	31,57	15,24
Mediana	57,00	30,00	15,00
Moda	55,00	19,00	16,00
Desviación típica	5,44	19,59	4,62
Asimetría	-,62	,82	,32
Curtosis	,32	,59	-,40
Mínimo	39,00	,00	6,00
Máximo	67,00	98,00	28,00

HOMBRES	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	DEPRESIÓN	REDES DE APOYO SOCIAL
Media	55,24	25,53	16,72
Mediana	55,00	22,00	16,00
Moda	60,00	9,00	17,00
Desviación típica	5,14	18,38	3,92
Asimetría	-,45	1,56	,57
Curtosis	-,23	3,00	,13
Mínimo	42,00	2,00	9,00
Máximo	66,00	97,00	29,00

En las figuras 2, 3 y 4 se muestran los gráficos de caja y bigote para las variables depresión, adherencia al tratamiento y redes de apoyo social de acuerdo con el sexo de los participantes.

En la variable depresión existen mayores puntuaciones y dispersión en los mismos en las mujeres, sin embargo, existe mayor cantidad de puntajes extremo (por arriba) en los hombres. En las mujeres el percentil 50 coincide con el puntaje 30, mientras que en los hombres coincide con el puntaje 22.

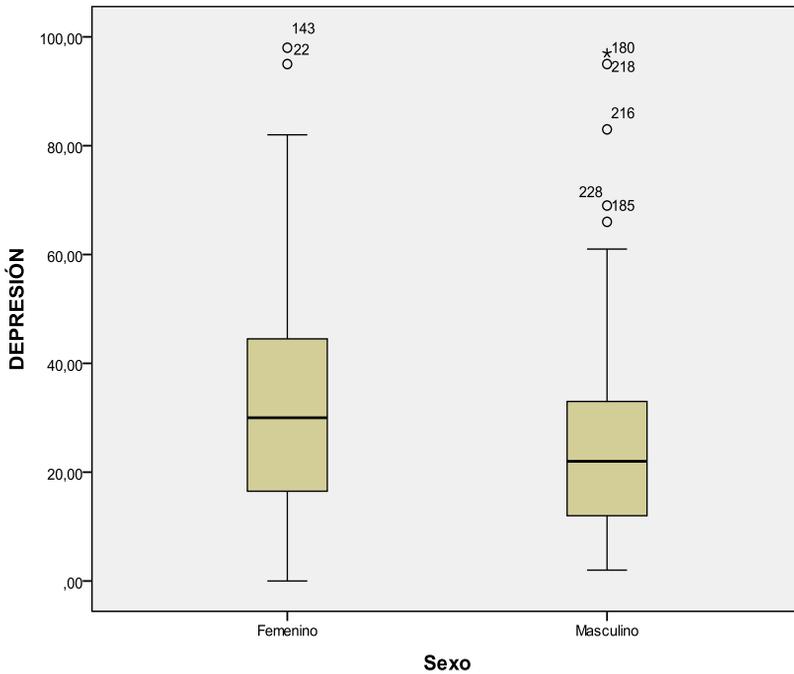


Figura 2. Gráfico de caja y bigote según el sexo para la variable depresión.

En la variable adherencia al tratamiento, ambos sexos presentan similar dispersión de sus puntajes, sin embargo, existe mayor cantidad de puntajes altos en las mujeres, coincidiendo su percentil 50 con la puntuación 57, mientras que en los hombres coincide con la puntuación 55.

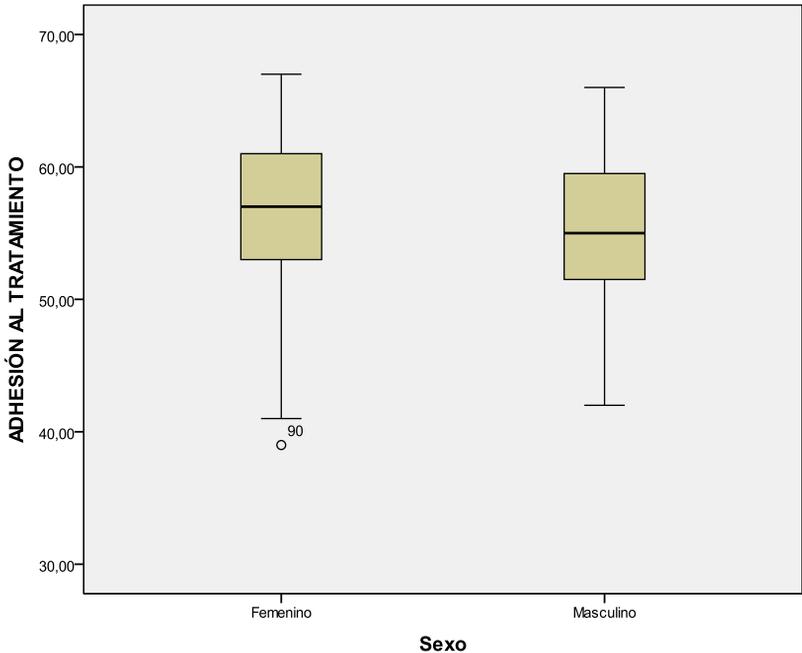


Figura 3. Gráfico de caja y bigote según el sexo para la variable adherencia al tratamiento.

En la variable redes de apoyo social, las mujeres presentan mayor dispersión en sus puntajes, sin embargo, son los hombres los que poseen mayor cantidad de puntajes altos, coincidiendo su percentil 50 con la puntuación 16, mientras que en las mujeres coincide con la puntuación 15.

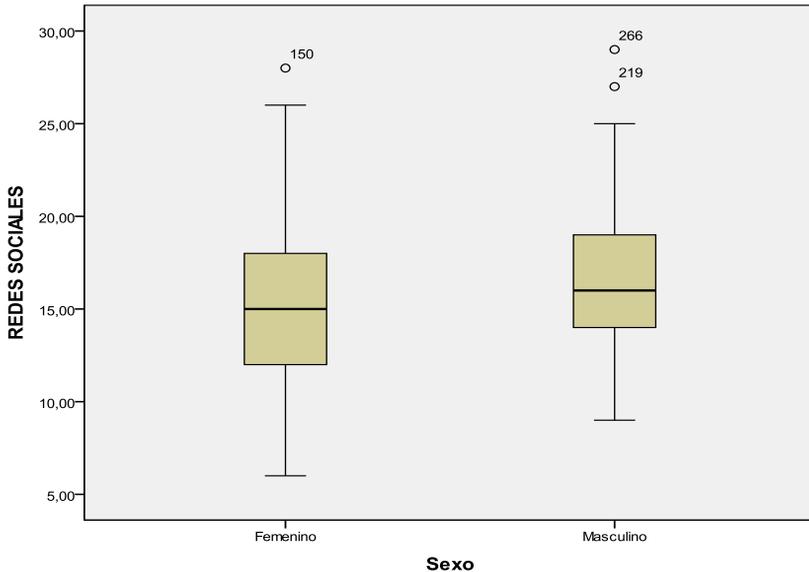


Figura 4. Gráfico de caja y bigote según el sexo para la variable redes de apoyo social.

COMPARACIÓN DE LOS ESTILOS DE COMUNICACIÓN

En las figuras 3, 4, 5 y 6 se muestran las comparaciones entre hombres y mujeres en los cuatro estilos de comunicación (agresividad, pasivo-agresividad, asertividad y pasividad). Se observa que los hombres son un poco más agresivos que las mujeres, mientras que estas suelen ser un poco más pasivas, y más pasivo-agresivas que los hombres. Por último, los hombres son más asertivos que las mujeres.

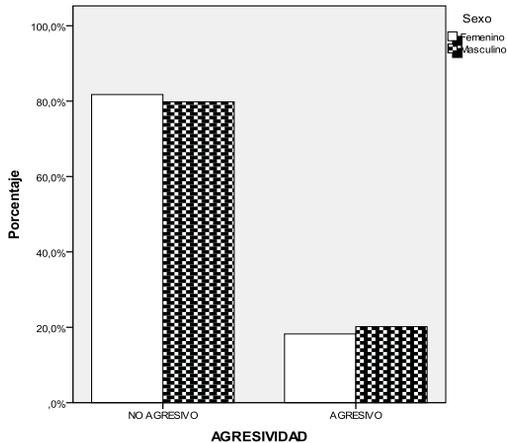


Figura 3. Comparación del estilo de comunicación agresividad.

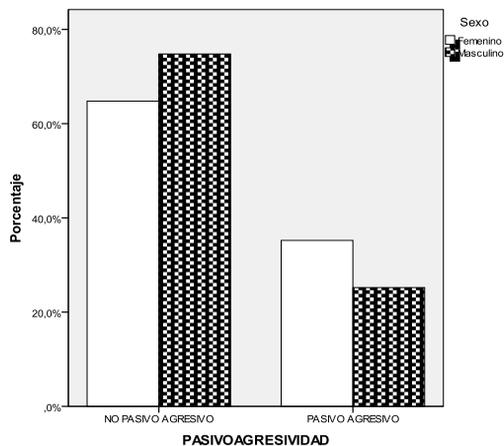


Figura 4. Comparación del estilo de comunicación pasivo-agresividad.

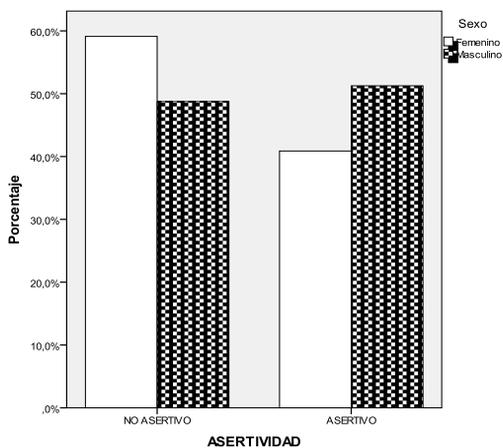


Figura 5. Comparación del estilo de comunicación asertividad.

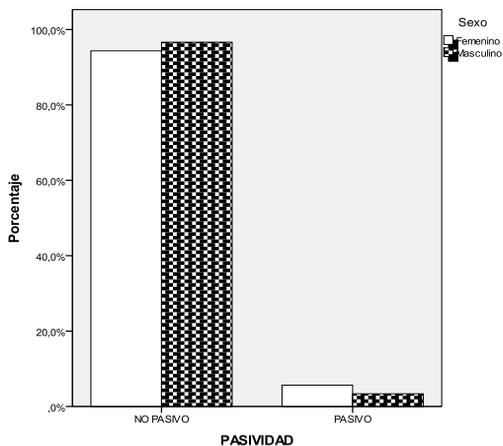


Figura 6. Comparación del estilo de comunicación pasividad.

ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES

En el cuadro 3 se presentan las relaciones entre las variables estudiadas en las mujeres. Se observa que las correlaciones significativas son:

- Agresividad con pasivo-agresividad (-0,348), es decir, mayor agresividad menor pasivo-agresividad.
- Agresividad con asertividad (-0,393), es decir, mayor agresividad menor asertividad.
- Pasivo-agresividad con asertividad (-0,613), es decir, mayor pasivo-agresividad menor asertividad.
- Pasivo-agresividad con pasividad (-0,181), es decir, mayor pasivo-agresividad menor pasividad.
- Pasivo-agresividad con adherencia al tratamiento (-0,273), es decir, mayor pasivo-agresividad menor adherencia al tratamiento.
- Pasivo-agresividad con depresión (0,429), es decir, mayor pasivo-agresividad mayor depresión.
- Asertividad con pasividad (-0,204), es decir, mayor asertividad menor pasividad.
- Asertividad con adherencia al tratamiento (0,236), es decir, mayor asertividad mayor adherencia al tratamiento.
- Asertividad con depresión (-0,457), es decir, mayor asertividad menor depresión.
- Adherencia al tratamiento con depresión (-0,391), es decir, mayor adherencia al tratamiento menor depresión.
- Adherencia al tratamiento con redes de apoyo social (0,207), es decir, mayor adherencia al tratamiento mayor redes de apoyo social.

Cuadro 3.

Correlaciones entre las variables de estudio en mujeres

	Pasivo-agresividad	Asertividad	Pasividad	Adherencia tratamiento	Depresión	Redes de apoyo social
Agresividad	-,348	-,393	-,116	,012	,014	-,032
Pasivo-agresividad		-,613	-,181	-,273	,429	-,047
Asertividad			-,204	,236	-,457	,079
Pasividad				,042	-,064	-,019
Adherencia tratamiento					-,391	,207
Depresión						-,145

Nota: Resaltado $p < 0,05$.

En el cuadro 4 se presentan las relaciones entre las variables estudiadas en los hombres. Se observa que las correlaciones significativas son:

- Agresividad con pasivo-agresividad (-0,292), es decir, mayor agresividad menor pasivo agresividad.
- Agresividad con asertividad (-0,515), es decir, mayor agresividad menor asertividad.
- Pasivo-agresividad con asertividad (-0,595), es decir, mayor pasivo-agresividad menor asertividad.
- Pasivo-agresividad con depresión (0,563), es decir, mayor pasivo-agresividad mayor depresión.
- Asertividad con pasividad (-0,191), es decir, mayor asertividad menor pasividad.
- Asertividad con adherencia al tratamiento (0,247), es decir, mayor asertividad mayor adherencia al tratamiento.
- Asertividad con depresión (-0,485), es decir, mayor asertividad menor depresión.
- Adherencia al tratamiento con depresión (-0,307), es decir, mayor adherencia al tratamiento menor depresión.

Cuadro 4.

Correlaciones entre las variables de estudio en hombres

	Pasivo-agresividad	Asertividad	Pasividad	Adherencia tratamiento	Depresión	Redes de apoyo social
Agresividad	-,292	-,515	-,094	-,180	,004	-,099
Pasivo-agresividad		-,595	-,108	-,126	,563	-,053
Asertividad			-,191	,247	-,485	,151
Pasividad				,018	-,018	-,070
Adherencia tratamiento					-,307	,088
Depresión						-,097

Nota: Resaltado $p < 0,05$

DISCUSIÓN

El sexo y el género son características relevantes en el establecimiento de diferencias entre las personas con enfermedades crónicas respecto a los factores de riesgo asociados al inicio, cronificación y tratamiento de su condición de salud, así como en la comprensión de las diferencias en el afrontamiento y manejo de la enfermedad (Reyes et al., 2015; Rondón & Lugli, 2013; Rondón, 2011).

Al momento de ser diagnosticada la diabetes mellitus tipo 2, se evidencian diferencias entre hombres (masculino) y mujeres (femenino) en el afrontamiento de la condición. Para ellos es una condición que los vulnera y se convierte en un reto que aceptan, reconocen y del cual toman conciencia, mientras que las mujeres lo viven como un castigo; generalmente la actitud de estas es de resignación, por ende, generalmente tienden a presentar depresión y ansiedad por la condición (Reyes et al., 2015). La mujer generalmente se encuentra en una posición de desventaja, que la hace más vulnerable en su salud e incapaz de afrontar el control glucémico y el autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 (Salcedo-Rocha, García de Alba-García, Frayré-Torres & López-Coutino, 2008).

Derivado de que el sexo (entendido como género) de las personas con diabetes puede moderar la visión que se tenga de la condición y de todas aquellas variables psicológicas que pudieran afectar su control, la presente

investigación tiene como propósito describir la relación entre depresión, redes de apoyo social, estilo de comunicación y adherencia al tratamiento según el sexo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Para ello se analizaron consecutivamente los resultados obtenidos.

Las mujeres reportaron mayor depresión que los hombres. Estos hallazgos son congruentes con diversos resultados en el área (García-Vega, 2011; Lazarevich & Mora-Carrasco, 2008; Matud et al., 2006; Montero et al., 2004; Montesó-Curtó & Aguilar-Martín, 2014; Zubieta et al., 2012), que demuestran que las mujeres tienden a presentar mayor depresión que los hombres. Esto se pudiera deber a que, tal como sostienen Reyes et al. (2015), los hombres con diabetes conciben la enfermedad como un reto, mientras que las mujeres lo hacen como un castigo, lo cual incide en la forma de aceptar y llevar a cabo los tratamientos pertinentes.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, no hubo diferencias marcadas entre ambos sexos, sin embargo, las mujeres reportaron un poco más adherencia en comparación con los hombres. Estos hallazgos concuerdan con lo expuesto por Moral & Cerda (2015), quienes sostienen que el sexo de la persona no incide significativamente sobre su adherencia al tratamiento; además, se pudiera afirmar, tal como sostienen Cruz-Bello et al. (2014), que la mujer asume el rol del cuidado de su condición de salud, favorece la realización de los cambios necesarios en el estilo de vida, la asistencia al médico y la búsqueda de información sobre la enfermedad en comparación con el hombre, quien presenta más impedimentos para llevar un cuidado adecuado de la enfermedad.

Al evaluar las redes de apoyo social también se encontró poca diferencia entre ambos sexos, sin embargo, hubo mayor tendencia en los hombres de reportar mayor cantidad de apoyo social. Esta tendencia encontrada es cónsona con los hallazgos de estudios previos (Cruz-Bello et al., 2014; Inouye et al., 2012), que se pudiera deber a que generalmente en la sociedad latinoamericana el hombre tiene mayor oportunidad de socializar y por ende de tener mayor contacto con personas en comparación con las mujeres, que se asocia con el estar en el hogar (Aguilar, Valdez, González-Arratia & González, 2013).

Al considerarse los estilos de comunicación, se halló que los hombres poseen una mayor tendencia a la comunicación agresiva, mientras que las mujeres suelen tener mayor comunicación con un estilo pasivo y pasivo-agresivo.

En este sentido, Aguilar et al. (2013) afirman que aunque actualmente en nuestras sociedades latinoamericanas se experimenta una tendencia a que hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades a nivel social, estos cambios son lentos y de largo plazo, por lo que aún pueden existir diferencias de género a nivel social a favor de los hombres, donde se tiene una visión de que el hombre debe ser el “dominante”. Lo “masculino” se ha considerado históricamente superior a lo “femenino”, y las mujeres han sido ubicadas en una posición de vulnerabilidad (receptiva y pasiva) frente a los hombres (activos y agresivos). Esto ha propiciado una construcción de lo “femenino” o “masculino”, de manera tal que los comportamientos del sujeto mujer u hombre se perciben como atributos “naturales” que emanan de su fisiología corporal (Ramos-Lira, 2014).

Al evaluar el estilo de comunicación asertivo se encontró que los hombres tienden mayor tendencia a este estilo de comunicación en comparación con las mujeres; este hallazgo es congruente con las afirmaciones realizadas por García-Vega (2011). Este resultado pudiera indicar que todavía en la sociedad venezolana el rol de mujeres y hombres está condicionado por patrones de socialización tradicionales, como podría ser que las estrategias masculinas son predominantemente activas, no emotivas y las de las mujeres de predominio emocional afectivo, los que las hace menos asertivas.

En lo que se refiere a la relación entre las variables en estudio, se encontraron los resultados que se describen a continuación. En cuanto a la depresión y su relación con las redes de apoyo social, no se hallaron relaciones significativas en ninguno de los dos sexos. Este resultado coincide con lo planteado por autores como Vivaldi & Barra (2012), cuyos planteamientos avalan que no existe relación entre ambos aspectos, sin embargo, es contradictorio con lo planteado por autores como Matud, Caballeira, López & Ibáñez (2002), quienes señalan que existe relación entre una mayor percepción de apoyo social y menor depresión. Esta ausencia de relación entre la depresión y las redes de apoyo social puede deberse a que así como autores como Barraca (2009) señalan que una menor depresión está relacionada con mayores fuentes de reforzamiento, como podría serlo una mayor red de apoyo social, otros autores (Novoa & Guzmán, 2008; Vásquez et al., 2006) señalan que ocasionalmente las contingencias ambientales otorgadas por los miembros de las redes de apoyo social pueden más bien perpetuar los estados depresivos, especialmente en las etapas iniciales del proceso de depresión. En este sentido, es probable que no se halle una relación positiva ni negativa entre la red de apoyo social y la depresión.

En cuanto a la asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento, se encontró coincidencia para ambos sexos; una menor adherencia al tratamiento se relaciona con mayores niveles de depresión. Este resultado contradice parcialmente lo planteado por Reyes et al. (2015), quienes señalan que en el sexo femenino esta relación ha sido hallada, mientras que en el sexo masculino no se aprecia. Por otra parte, el resultado coincide con lo planteado por autores como León et al. (2012), quienes reportan que no existen diferencias entre ambos sexos con respecto a las variables estudiadas. Esta relación puede ser explicada porque la depresión está caracterizada por un estado de ánimo decaído, por comportamientos que denotan desánimo (Vásquez et al., 2006) y con el empleo de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción más que a la solución del problema, tal como señalan Ortiz & Ortiz (2007), lo cual puede relacionarse con una menor disposición para llevar a cabo conductas de autocuidado.

Así mismo, tal como lo plantea Peralta (2007), variables como el tiempo con la condición y la permanencia de síntomas podría explicar ciertos pensamientos negativos o de desesperanza en relación con la condición de salud, lo que se puede relacionar con una menor adherencia e, igualmente, una persona con baja adherencia al tratamiento puede presentar mayores malestares relacionados con la condición, lo que podría incrementar el riesgo de presentar depresión. Igualmente, la percepción de mejoría o no con el tratamiento (Moral & Cerda, 2015) podría tener incidencia directa o indirecta sobre la aparición de algunos rasgos depresivos.

En lo que refiere a la asociación entre la adherencia al tratamiento y las redes de apoyo social, se encontraron diferencias entre los hombres y las mujeres, pues en ellos no se halló relación, mientras que en ellas, mayores redes de apoyo social se relacionan con una mayor adherencia al tratamiento. Aunque en esta muestra los hombres reportaron mayores redes de apoyo social en comparación con las mujeres, la relación entre mayores redes y mayor adherencia en las mujeres puede estar asociada con las diferencias entre ambos sexos en cuanto al uso del apoyo social como estrategia de afrontamiento. En este sentido, Scafarelli & García (2010) observaron en un estudio comparativo entre las variables sexo y estrategias de afrontamiento, que había diferencias estadísticamente significativas en el uso de estrategias de afrontamiento entre las mujeres y los varones de la muestra. Las mujeres reportaron recurrir con mayor frecuencia que los varones a “buscar apoyo social”, o sea, compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución.

Los hallazgos descritos coinciden con lo reportado en diversas investigaciones (Casullo & Fernández, 2001; Figueroa et al., 2005; González Barrón et al., 2002), en las que se indica que frente a una dificultad las mujeres buscan más apoyo social y tienden a focalizarse en las relaciones más que los varones, pues aceptan más la comprensión y el apoyo y suelen compartir con otros lo que les sucede en mayor medida que los hombres, por tanto, podría esperarse que las personas que cuenten con mayor apoyo en su situación de enfermedad presenten una mayor adherencia al tratamiento, tal como señalan Ortiz & Ortiz (2007), quienes encontraron que las personas que percibían mayor apoyo social presentaban mayor adherencia al tratamiento en cuanto al consumo de frutas y verduras.

Como se dijo anteriormente, en este caso particular se observó que los hombres reportan más redes de apoyo social, pero estas necesariamente tienen que estar dirigidas al manejo de la condición de tener diabetes mellitus, lo que puede explicar que aunque tengan mayores redes de apoyo social en comparación con las mujeres, esto no se relaciona con una mayor adherencia. En este sentido, sería pertinente evaluar en estudios posteriores la relación entre adherencia al tratamiento y las redes de apoyo social específicamente asociadas a la situación de padecimiento de diabetes mellitus.

En cuanto a los estilos de comunicación y su relación con la depresión, las redes de apoyo social y la adherencia al tratamiento, se encontró coincidencia entre hombres y mujeres en que no hay relación entre los estilos agresivo y pasivo con ninguna de las variables mencionadas. La ausencia de relación entre los estilos agresivo y pasivo con la adherencia al tratamiento, podría entenderse debido a que los estilos de comunicación son entidades independientes, por tanto, aunque se encontró relación entre la adherencia y el estilo asertivo, no necesariamente un estilo pasivo y agresivo está asociado con tener una mayor o menor adherencia, resultado que es avalado por autores como Granados & Escalante (2010), quienes dan una gran relevancia a la asertividad, entendida como los lazos de comunicación efectiva entre el médico y el paciente para el logro de una buena adherencia.

La ausencia de relación de los estilos agresivo y pasivo con la depresión se puede explicar porque en la depresión se conjugan comportamientos de pasividad y agresividad (Vásquez et al., 2006) mas no se presenta un único estilo de comunicación característico que permita encontrar que una mayor depresión está relacionada con una comunicación predominantemente agresiva o pasiva.

La ausencia de relación significativa entre los estilos de comunicación y las redes de apoyo social puede explicarse porque aunque una percepción de mayor apoyo social puede asociarse con un estilo de comunicación asertivo, que podría considerarse efectivo y facilitador de relaciones positivas (Jiménez, Estévez & Murgui, 2014), es probable que la persona pueda contar con una disponibilidad de redes de apoyo, independientemente de su estilo de comunicación. En este sentido, ciertos estilos de comunicación pueden ser funcionales en determinados contextos y pueden aproximar a las personas a otros que compartan dicho estilo o que puedan reforzarlo. Por otra parte, el cuestionario empleado mide no solo personas con vínculos cercanos, como los que podrían establecer las personas asertivas, sino que considera grupos de personas a cuyo apoyo se puede acceder en un momento particular.

Por otra parte, se halló que no hay diferencia entre ambos sexos en lo que refiere a la relación entre el estilo asertivo y la adherencia al tratamiento, observándose que tanto en hombres como en mujeres una mayor asertividad se relaciona con mayor adherencia al tratamiento. Diversos autores (Martín & Grau, 2004; Ortiz & Ortiz, 2007; Granados & Escalante, 2010) señalan que un factor que incide positivamente sobre la adherencia a los tratamientos tiene que ver con el establecimiento de buenos vínculos entre el médico y el paciente y el conocimiento acerca de la condición y su manejo, por lo que se espera que una persona asertiva tenga una mayor probabilidad de fortalecer este tipo de vínculo con el personal de salud y ejecutar mayores conductas de búsqueda de información, especialmente para aclarar dudas acerca de los tratamientos y buscar alternativas para abordar mejor la condición. Así mismo, se espera que una persona asertiva, particularmente la persona con diabetes, sea capaz de oponerse adecuadamente a invitaciones que favorezcan el incumplimiento de aquello que no le ayuda a mantener su tratamiento como, por ejemplo, el consumo de dulces o comidas con alto contenido de carbohidratos, pues, tal como señalan autores como Castaños, Reyes, Rivera & Díaz (2011), una característica de la persona asertiva es la capacidad para expresar adecuadamente las discrepancias con los otros, así como las propias necesidades, para manejar las intrusiones y tomar decisiones autónomas.

De igual manera, una mayor asertividad se relaciona con menor depresión, lo que coincide con lo planteado por autores como Behar (2010), quien señala que las personas con depresión suelen presentar comportamientos asociados con la alexitimia y la poca asertividad, es decir, con la dificultad para expresar los propios sentimientos, así como expresar sus ideas abiertamente, por tanto, una persona con mayor asertividad es probable que

presente menor depresión. Este mismo argumento permite entender otro de los hallazgos de este trabajo, pues se encontró que un mayor empleo de un estilo de comunicación pasivo-agresivo está asociado con una mayor depresión. Este resultado se halló en ambos sexos, observándose una mayor relación en los hombres. Las personas poco asertivas tienden a guardarse las emociones y pensamientos o a expresarlos inoportunamente de manera impulsiva, lo que se asocia con un mayor riesgo de presentar depresión. Por otra parte, tal como se indicó anteriormente, la persona con depresión suele tener conductas tanto pasivas como agresivas (Vásquez et al., 2006), por lo que es probable que un mayor nivel de depresión esté relacionado con un mayor estilo de comunicación pasivo-agresivo.

Se hallaron diferencias entre hombres y mujeres en lo que refiere a la relación entre un estilo de comunicación pasivo-agresivo y la adherencia al tratamiento, pues en los hombres no se halló tal relación, mientras que en las mujeres se observa una relación baja y negativa, es decir, que una mayor pasivo-agresividad se asocia con una menor adherencia al tratamiento. Este hallazgo puede estar relacionado con que, tal como señaló anteriormente, la adherencia al tratamiento se encuentra determinada, entre otros aspectos, con la toma de decisiones firmes, autónomas (Lancheros, Pava & Bohórquez, 2010) y con una relación adecuada con el personal médico (Granados & Escalante, 2010), comportamientos propios de una persona asertiva y, por ende, no característico de una persona pasivo-agresiva. Por otra parte, las personas pasivo-agresivas tienden a mostrar conductas de no adherencia o, por el contrario, adherirse al tratamiento, pero manifiestan que este no les ayuda realmente, es decir, piden orientación y luego la cuestionan (Rubio, 2001), lo que puede estar relacionado con una posterior reducción de la adherencia. Además, se ha demostrado que el estilo de comunicación pasivo-agresivo es mayormente encontrado en las mujeres que en los hombres, lo que podría explicar que se haya encontrado este resultado en ellas y no en ellos.

En cuanto a la relación entre los estilos de comunicación entre sí, se hallaron coincidencias entre ambos sexos. En primer lugar se encontró una relación negativa entre el estilo agresivo y el pasivo-agresivo, es decir, que una mayor agresividad se relaciona con menor pasivo-agresividad. Esto puede estar relacionado con que ambos estilos de comunicación presentan diferencias sustantivas que podrían explicar que una persona cuya tendencia sea a comunicarse de manera pasivo-agresiva, es decir, ocultando la hostilidad, manifestando acuerdos con los planteamientos de los otros

e incumpléndolos luego, proyectando su ira en los otros de manera sutil, entre otros comportamientos (Rubio, 2001), tenderá a presentar con menor frecuencia una conducta abiertamente agresiva, y viceversa.

Por otra parte, una menor asertividad se asocia con mayor agresividad, al igual que con mayor pasivo-agresividad y mayor pasividad, lo cual es de esperarse debido a que el estilo asertivo presenta características incompatibles con los otros estilos. En este sentido, una persona que suele comunicarse de manera agresiva, es decir, irrespetando los derechos de los otros, empleando gestos, palabras, tono y volumen de voz inadecuados, es probable que se comunique en menor medida de manera asertiva, es decir, respetando los derechos de sus semejantes y expresándose de manera adecuada (Castaños et al., 2011). Así mismo, la persona que es asertiva tenderá a comportarse con menos frecuencia de manera pasiva o pasivo-agresiva. Cabe señalar que las relaciones de la asertividad con los estilos agresivo y pasivo-agresivo son más fuertes en los hombres, mientras que en las mujeres son más altas las relaciones entre asertividad y pasividad. Esto puede estar relacionado con que los hombres suelen mostrar mayor agresividad en comparación con las mujeres, mientras estas suelen ser más pasivas, tal como se demuestra en esta investigación y como lo señalan otros autores (Aguilar et al., 2013; Ramos-Lira, 2014).

El estilo agresivo no se asoció con el estilo pasivo en ninguno de los dos sexos. Esto puede estar relacionado con que en general se considera que ambos estilos son prácticamente extremos, en que el pasivo se caracteriza por la no defensa de los propios derechos y la no manifestación de sus opiniones y sentimientos, mientras que el agresivo se caracteriza por ser desafiante, cruel y brusco al expresar sus opiniones, dominando y forzando a los otros, es decir, irrespetando sus derechos (Publicaciones Vértice, 2007) y, en el caso que tengan características comunes, se plantean como un estilo de comunicación distinto, que es el pasivo-agresivo.

Únicamente se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la relación entre el estilo pasivo-agresivo y el estilo pasivo, pues en los hombres no se halló relación, mientras que en ellas se encontró una relación baja y negativa, es decir, que mayor pasivo-agresividad se relaciona con menor pasividad. Esto podría explicarse porque al igual que en el caso de la relación entre la pasivo-agresividad y la agresividad, una persona con un comportamiento pasivo-agresivo es probable que tenga una menor tendencia a portarse de manera abiertamente pasiva.

Por último y no menos importante es plantearse la réplica directa de tales investigaciones. Un primer aspecto a considerar tiene que ver con la evaluación de las diferencias según el sexo y no género, siendo que existe una diferencia entre ambos conceptos. Se sugiere la réplica de los estudios probando en diferentes contextos sociales y culturales, dado que las variables sexo y concomitantemente género, se encuentran indefectiblemente unidas al desarrollo de una sociedad y los procesos de socialización involucrados en las mismas. En este sentido, una limitación de este estudio hace referencia a la evaluación de la variable sexo, que alude a una diferencia biológica entre el hombre y la mujer, y no la variable género, que implica la construcción social de lo que representa la identidad y el rol de cada uno, como indica Barbieri (1993): “el género es el sexo socialmente construido” (p. 145) y como lo confirman autores recientes como Gartzia, Aritzeta, Balluerta & Barberá (2012). Un ejemplo de esto se observa en lo que señalan Reyes et al. (2015), quienes encontraron diferencias en cómo los hombres y las mujeres se enfrentan al diagnóstico de diabetes: las del sexo femenino tienden a vivirlo y simbolizarlo como un castigo, mientras que los del sexo masculino identifican la enfermedad como algo que los vulnera y, por tanto, es más un reto que un llamado a la serenidad; sin embargo, estas diferencias pueden estar asociadas a lo que representa socialmente ser mujer u hombre y no a una diferencia netamente biológica.

El estudio de las variables psicológicas asociadas a la diabetes mellitus tipo 2, al igual que cualquier otro proceso de enfermedad crónico, es hartamente complejo, determinado no solo por una multiplicidad de factores, sino por una intrincada relación entre los mismos. Será la investigación minuciosa, detallada, exhaustiva y controlada la que dará cuenta de esas relaciones y, por ende, permitirá el desarrollo de programas tecnológicos aplicados al mejoramiento de la salud tanto física como psicológica de las personas afectadas por tal enfermedad. ¡Este es el reto!

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Buena-Casal, G. & Spielberger, C. (2005). Adaptación y validación castellana del cuestionario de depresión estado rasgo (ST/DEP). Tesis doctoral, Universidad de Granada, España.
- Agudelo, D., Casadiegos, C. & Sánchez, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psicológica*, 8, 87-104.

- Aguilar, Y., Valdez, J., González-Arratia, N. & González, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 207-224.
- Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. *Debates en Sociología*, 18, 145-169.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *Edupsykhé*, 8, 23-50.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 90-11.
- Canales, S. & Barras, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24(2), 167-173.
- Cardozo, I. (2013). Estrés percibido, ansiedad, depresión y estilo emocional como discriminantes del anismo. Tesis de maestría no publicada, Universidad Simón Bolívar.
- Castaños, C., Reyes, L., Rivera, A. & Díaz, L. (2011). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 29, 27-50.
- Casullo, M. & Fernández, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología / UBA*, 6, 25-49.
- Cruz-Bello, P., Vizcarrra-Bordi, I., Kaufer-Horwitz, M., Benítez-Arciniega, A. Misra, R. y Valdés-Ramos, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el estado de México. *Papeles de la Población*, 80, 119-144.
- Feldman, L. (2002). Roles sociales, factores psicosociales y salud en mujeres trabajadoras. Trabajo de ascenso para optar a la categoría de titular, Universidad Simón Bolívar, Caracas.
- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. & Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Fu-Espinosa, M. & Trujillo-Olivera, L.E. (2013). Trastorno depresivo y aspectos relacionados con beneficiarios de diabetes mellitus tipo I. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 51(1), 80-85.

- García, M. & Magaz, A. (s.f.). *Autoinformes de actitudes y valores en las interacciones sociales (ADCAS)*. Manual de referencia. Bizkaia, España: Grupo Albor-COHS.
- García, M., Cabanillas, G., Morán, V. & Olaz, F. (2014). Diferencias de género en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Argentina. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 7(2), 114-135.
- García-Vega, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 282-288.
- Gartzia, L., Aritzeta, A., Ballueta, N. & Barberá, E. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 28, 567-575.
- González-Barrón, R., Montoya-Castilla, I., Casullo, M. & Benabéu-Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Granados, E. & Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit*, 16, 203-216.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Inouye, J., Li, D., Davis, J. & Arakaki, R. (2012). Ethnic and gender differences in psychosocial factors in native hawaiian, other Pacific islanders, and Asian American adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Disparities. Research and Practice*, 5, 1-11.
- Jiménez, M. & Miguel-Tobal, J. (2002). La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida. Tesis doctoral. Madrid, Universidad Complutense.
- Jiménez, T., Estévez, E. & Murgui, S. (2014). Ambiente comunitario y actitud hacia la autoridad: relaciones con la calidad de las relaciones familiares y con la agresión hacia los iguales en adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(3), 1086-1095.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Lancheros, L., Pava, A. & Bohórquez, A. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Diaeta*, 28, 17-23.

- Lazarevich, I. & Mora-Carrasco, F. (2008). Depresión y género: factores psicosociales de riesgo. *Salud Problema, Segunda época*, 4, 7-16.
- León, E., Guillén, M. & Vergara, A. (2012). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro Médico Nacional (20 de noviembre). *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 20(3), 102-106.
- León, O. & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (3^{ra} ed.). Madrid, España: McGraw-Hill.
- López-Carmona, J., Ariza-Andraca, R., Rodríguez-Moctezuma, J. & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45(4), 259-268.
- Martín, L. & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 89-99.
- Matud, P., Caballeira, M. López, M. & Ibáñez, R. (2002) Apoyo social y salud. Un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.
- Matud, M., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 7-21.
- Molina, A., Acevedo, O., Yáñez, M., Dávila, R. & González, A. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 13-18.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneytó, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. & Vásquez-Barquero, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175-181.
- Montesó-Curtó, P. & Aguilar-Martín, C. (2014). Depresión según la edad y el género: análisis de una comunidad. *Atención Primaria*, 46, 167-172.
- Moral, J. & Cerda, M. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6, 19-27.
- Muñoz, D., Gómez, O. & Carime, L. (2014) Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 16, 246-259.

- Novoa, M. & Guzmán, D. (2008). Aplicación clínica de modelos terapéuticos no mediacionales en un caso de trastorno mixto del afecto. *Terapia Psicológica*, 26, 263-275.
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C. & Bortoli, M. (2009). De ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid, España: Klinik.
- Peralta, G. (2007). Depresión y diabetes. *Avances en Diabetología*, 23, 105-108.
- Publicaciones Vértice. (2007). *Interrelación y comunicación con la persona dependiente y su entorno*. Málaga, España: Autor.
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37, 275-281.
- Reyes, A., Salguero, A. & Tena, O. (2015). Diagnóstico de diabetes mellitus tipo II: significado y diferencias de género en hombres y mujeres. *Alternativas en Psicología*, 32, 125-144.
- Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología, Iztaala*, 14, 126-162.
- Rondón, J. & Lugli, Z. (2010). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. Tesis de maestría no publicada, Universidad Simón Bolívar.
- Rondón, J. & Lugli, Z. (2013). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 193-207.
- Rondón, J., Cardozo, I. & Lacasella, R. (2014). Depresión, estilos de comunicación pasivo-assertivo-agresivo y adhesión al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Manuscrito no publicado, Universidad Central de Venezuela.
- Rubio, G. (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Salcedo-Rocha, A., García de Alba-García, J., Frayre-Torres, M. & López-Coutino, B. (2008). Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 46(1),73-81.
- Scafarelli, L. & García, R. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes estudiantes universitarios uruguayos. *Ciencias Psicológicas* [versión electrónica], 4, 165-175.
- Toussaint, L. & Webb, J. (2005). Gender differences in the relationship between empathy and forgiveness. *The Journal of Social Psychology*, 145, 673-685.
- Vásquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. & Nieto-Moreno, M. (2006). Evaluación de la depresión en adultos. En: V. Caballo. *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 2, 23-29.
- Zubieta, E., Muratori, M. & Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud & Sociedad*, 3(1), 066-076.