

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

E.A.P. DE PSICOLOGÍA

**Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con
diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Psicóloga

AUTOR

Lisette Angie Portilla García

ASESOR

Mario Bulnes Bedón

Lima - Perú

2011

A mi familia por su apoyo incondicional.

*A mi padre, que a pesar de su partida sigue
acompañándome, siendo mi ejemplo y me
da la fuerza para lograr mis metas.*

*A mi madre, por su comprensión, cariño,
preocupación, consejos y apoyo.*

*A mi hermana, por la confianza y la
paciencia.*

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud a mi asesor de tesis, el Dr. Mario Bulnes Bedón, por su tiempo para absolver mis dudas, por sus sugerencias, por su paciencia y sobre todo por la motivación en todo el proceso.

Al jurado informante Dr. Carlos Arenas Iparraguirre, Ps. Edgar Herrera Farfán y Mg. Alberto Quintana Peña, por el tiempo prestado para la revisión de la presente investigación.

Igualmente agradecer a la Mg. Leni Álvarez Taco por su orientación, consejo y ánimos en el proceso de esta tesis. A la Ps. Eliana Delgado por todo su apoyo en el Hospital Central FAP.

A mi amiga incondicional, Cecilia Patilla Vila, por compartir motivación y consejos a lo largo del proceso de investigación y por su amistad desde el inicio de nuestra carrera profesional.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Formulación y delimitación del problema	13
1.2 Formulación de Objetivos	17
1.2.1 Objetivo General	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
1.3 Justificación e Importancia	18
1.4 Limitaciones de la investigación	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 Marco Teórico Referencial	21
2.1.1 Investigaciones relacionadas a la calidad de vida	22
2.1.2 Investigaciones relacionadas al autoconcepto:	27
2.2 Marco teórico conceptual	31
2.2.1 Diabetes Mellitus	31
2.2.1.1 Definición	31
2.2.1.2 Sintomatología	32
2.2.1.3 Diagnóstico	33
2.2.1.4 Clasificación de la Diabetes Mellitus	35
2.2.1.5 Epidemiología	38

2.2.1.6 Componentes del tratamiento de la DM	40
2.2.2 Adhesión al tratamiento	41
2.2.2.1 Concepto de Adhesión al tratamiento	42
2.2.2.2 Factores que afectan la incidencia	44
2.2.3 Calidad de vida	46
2.2.3.1 Concepto de Calidad de Vida (CV)	46
2.2.3.2 Dominios	50
2.2.3.3 Calidad de vida en enfermos crónicos	52
2.2.4 Autoconcepto	54
2.2.4.1 Definición y características	54
2.2.4.2 Enfoques teóricos entorno al autoconcepto	58
2.2.4.3 Desarrollo del autoconcepto	60
2.2.4.4 Dimensiones	62
2.2.4.5 Funciones del Autoconcepto	64
2.3 Definición de términos	66
2.4 Hipótesis	67
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	68
3.1 Tipo y método de investigación	68
3.2 Población de estudio	69
3.3 Diseño Muestral	70
3.4 Variables de estudio	74
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	75
3.5.1 Cuestionario de calidad de vida específico para la DM	75
3.5.2 Autoconcepto Forma 5	80

3.6	Procedimientos para la recolección de datos	86
3.7	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	86
CAPÍTULO IV: RESULTADOS		88
4.1	Análisis descriptivos	88
4.2	Contrastación de hipótesis	90
4.3	Análisis Complementario	94
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		100
5.1	Discusión de resultados	100
5.2	Conclusiones	106
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES		108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		110
ANEXOS		121
Anexo A: Ficha de Salud		122
Anexo B: Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL)		123
Anexo C: Cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5)		125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	40
Prevalencia de la DM2 en algunos estudios con base poblacional en Latinoamérica, utilizando criterios de la OMS de 1985.	
Tabla 2.	51
Dominios de Calidad de Vida.	
Tabla 3.	70
Composición de la muestra de acuerdo a la Adherencia al tratamiento.	
Tabla 4.	70
Composición de la muestra según sexo.	
Tabla 5.	71
Composición de la muestra según edad.	
Tabla 6.	72
Composición de la muestra por etapa evolutiva.	
Tabla 7.	73
Composición de la muestra por estado civil.	
Tabla 8.	73
Composición de la muestra de acuerdo al estado marital.	
Tabla 9.	74
Composición de la muestra por tiempo de enfermedad.	
Tabla 10.	77
Análisis Psicométrico Inicial del Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus DQOL	
Tabla 11.	79
Análisis Psicométrico del Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus DQOL	

Tabla 12.	85
Análisis Psicométrico del Cuestionario de Autoconcepto AF5	
Tabla 13.	88
Estadísticas descriptivas de la Calidad de Vida y el autoconcepto	
Tabla 14.	89
Estadísticas descriptivas de las dimensiones del autoconcepto	
Tabla 15.	89
Análisis de Ajuste de bondad de los puntajes de Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus - DQOL y del Cuestionario Autoconcepto Forma 5 - AF5	
Tabla 16.	90
Análisis comparativo de la Calidad de Vida según la adherencia al tratamiento	
Tabla 17.	91
Análisis comparativo del Autoconcepto según la adherencia al tratamiento	
Tabla 18.	91
Análisis comparativo del Autoconcepto social según la adherencia al tratamiento	
Tabla 19.	92
Análisis comparativo del Autoconcepto Académico/Profesional según la adherencia al tratamiento	
Tabla 20.	92
Análisis comparativo del Autoconcepto emocional según la adherencia al tratamiento	
Tabla 21.	93
Análisis comparativo del Autoconcepto familiar según la adherencia al tratamiento	
Tabla 22.	93
Análisis comparativo del Autoconcepto físico según la adherencia al tratamiento	

Tabla 23.	94
Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto en pacientes con DM2 con Adherencia al tratamiento	
Tabla 24.	95
Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto en pacientes con DM2 sin Adherencia al tratamiento	
Tabla 25.	96
Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las dimensiones de la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto en pacientes con Adherencia al tratamiento	
Tabla 26.	97
Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las dimensiones de la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto en pacientes Sin Adherencia al tratamiento	
Tabla 27.	98
Análisis comparativo de la Calidad de Vida y Autoconcepto según sexo	
Tabla 28.	98
Análisis comparativo de la Calidad de Vida y Autoconcepto según edad	
Tabla 29.	99
Análisis comparativo de la Calidad de Vida y Autoconcepto según el tiempo de enfermedad	
Figura 1.	47
Conceptualización de calidad de vida.	
Figura 2.	49
Variables objetivas y subjetivas en la Calidad de Vida.	
Figura 3.	58
Estructura del autoconcepto según Shavelson et al. (1976)	

RESUMEN

Esta investigación se propone estudiar las diferencias existentes en la Calidad de Vida y el Autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. Se utilizó un diseño descriptivo comparativo. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. La muestra estuvo conformada por 56 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años, con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistían a consulta externa en el Hospital Central FAP. Los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL – Diabetes Quality of Life), el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) y la Ficha de Salud para la Adherencia al tratamiento y los datos personales del paciente.

Se concluye que según la adherencia al tratamiento se encuentran diferencias significativas tanto en la Calidad de Vida como en el Autoconcepto, a favor de los pacientes con adherencia al tratamiento. Lo mismo ocurre para las dimensiones del autoconcepto, exceptuando al autoconcepto emocional, el cual no presenta diferencias significativas de acuerdo a la adherencia o no al tratamiento. Por otro lado se encontró que en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con adherencia al tratamiento existe una correlación significativa entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto Familiar. En los pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento se encontraron correlaciones significativas entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto Social, así como con el Autoconcepto Familiar. Por último, con respecto al sexo no se hallaron diferencias en ninguna de las variables, sin embargo con respecto a la edad se encontraron diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto entre los adultos y adultos mayores, a favor de los primeros.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, Calidad de Vida, Autoconcepto, Adherencia al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

En estos últimos años se está vinculando con mayor fuerza los aspectos psicológicos con los problemas de la salud, por lo que la psicología clínica y de la salud está ampliando sus disciplinas, interdisciplinas o subcampos del conocimiento con el propósito de destacar la importancia que tienen los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, rehabilitación y terapéutica de diversos problemas de salud.

Dentro de esta nueva visión de la salud, se le brinda una mayor relevancia al estudio de las enfermedades crónicas con el propósito de identificar factores psicofisiológicos, plantear intervenciones psicológicas y mejorar el bienestar y calidad de vida de los pacientes que las padecen, es así que analizando los estudios y la prevalencia de las enfermedades crónicas en el Perú encontramos que la Diabetes Mellitus ha cobrado la vida de cerca de 1836 peruanos en el año 2000, siendo la décimo tercera causa de mortalidad en el país (Ministerio de Salud-MINSA, 2009).

En este sentido, la calidad de vida es un concepto que parece incuestionable al momento de evaluar a enfermos crónicos y para muchos profesionales de la salud debe ser uno de los objetivos principales en la terapéutica. Asimismo, algunos autores (Nelson, Conger, Douglass y cols., 1983) han señalado que las metas en ámbitos sanitarios deben ir en un doble sentido: incrementar la duración de la vida y mejorar la calidad de la misma.

Junto con la calidad de vida, los factores psicológicos en la diabetes son trascendentales para poder lograr una adecuada atención e intervención de los pacientes, uno de estos factores es el autoconcepto que se refiere a la percepción que tiene el individuo de sí mismo, reflejando en ella sus experiencias y el modo en que estas experiencias se interpretan.

Otro punto importante para el éxito de la terapéutica del paciente con Diabetes Mellitus es la adherencia a su tratamiento, ya que este es un problema común y desalentador en todos los países. Esta situación tiene muchas consecuencias como el empeoramiento infructuoso y el daño de la persona enferma, el incremento del gasto de las entidades sanitarias y las consecuencias de este incremento en la sociedad.

En el presente trabajo se dará a conocer las diferencias existentes en la Calidad de Vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, el cual ha sido dividido en seis capítulos.

En el primer capítulo se presenta el planteamiento de la investigación, la formulación del problema, el planteamiento de objetivos, la importancia y las limitaciones del estudio.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico, mencionando las investigaciones relacionadas al tema, las base teóricas, definiciones de los aspectos relacionados con la calidad de vida, el autoconcepto y las hipótesis planteadas.

Los aspectos metodológicos se desarrollan en el tercer capítulo, además se indica el método y diseño de la investigación, la descripción de la muestra, instrumentos utilizados y las técnicas de recolección de datos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los resultados descriptivos, la contrastación de las hipótesis planteadas y el análisis complementario.

En el quinto capítulo se discuten los resultados encontrados y se exponen las conclusiones del estudio; y por último, en el sexto capítulo se plantean las recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación y delimitación del problema

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada actualmente por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 1997) como un problema de Salud Pública, y es definida por esta asociación como una alteración metabólica que se caracteriza por presentar hiperglucemia y complicaciones microvasculares y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad y reducen la calidad de vida (ADA, 1997). Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas (Ministerio de Salud-MINSA, 2009).

Según Untiveros, Núñez, Tapia L. y Tapia G. (2004), la prevalencia de diabetes mellitus varía entre 2 y 5% de la población mundial. En Estados Unidos, los casos diagnosticados de diabetes alcanzan al 5.9% de la población total, con predominio

de la raza afroamericana, mexicanoamericana e hispana. En el Perú la prevalencia de diabetes es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados, sin embargo, no se tienen datos certeros en los demás departamentos del Perú por lo que estos datos son tomados solo como referencia. Se menciona que en la actualidad la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados (Villena, 1992; Seclén, Leey, Villena, Herrera, Menacho y Carrasco, 1999).

Diversos estudios (Cunha, 2003; García, 2005) reportan que los pacientes con diabetes mellitus no sólo son físicamente afectados sino que también desarrollan una variedad de problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo cual conlleva al deterioro del bienestar de los sujetos que la padecen. Dentro de estas alteraciones que pueden presentarse se encuentran, la ansiedad, inseguridad, miedo, angustia, impacto en la autoestima, el autoconcepto, la Calidad de Vida entre otras conductas reactivas.

Es así que los factores psicosociales relacionados a la diabetes mellitus hacen necesaria la intervención en la Calidad de Vida de los pacientes, ya que para ellos tanto la enfermedad como el tratamiento que reciben generan una alteración en diferentes aspectos de su vida como el aspecto social, familiar, laboral y su bienestar físico, de forma que tendrá que adaptarse a un nuevo estilo de vida y aprender a vivir con su enfermedad.

La mejora de la Calidad de Vida relacionada con la salud se ha convertido en la última década en el objetivo primordial de las intervenciones terapéuticas y sanitarias de los pacientes con diabetes mellitus. Y es que no sólo los síntomas de la diabetes deterioran la capacidad funcional y la percepción de bienestar del paciente, sino también las complicaciones futuras y las enfermedades asociadas a la diabetes, como cardiopatías, hipertensión arterial, obesidad, etc.

En tal sentido, Spitzer (1987) considera que en el caso de los pacientes diabéticos se hace necesario evaluar los siguientes ámbitos: el funcionamiento físico, el funcionamiento social, el estado mental - emocional, la influencia de los síntomas, y por último la percepción del bienestar del paciente. Ámbitos que deben ser tomados en cuenta en cualquier tipo de diabetes; así mismo, afirma que en el control de la diabetes deberían tenerse en cuenta como objetivo principal la calidad de vida.

Asimismo, la aproximación cognitivo-conductual reconoce el importante rol de las creencias, valores, expectativas y el autoconcepto como determinantes de la conducta (Gerber y Nehemkis ,1986); de ahí la relevancia de las experiencias subjetivas de la persona para la adhesión al tratamiento en enfermedades crónicas como la diabetes.

Por ello, el Autoconcepto se torna importante ya que este es la percepción que se tiene de uno mismo tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sentimientos y creencias que se tengan en un tiempo determinado, e integrando estas experiencias propias con la interacción con el medio externo. En el caso del paciente con diabetes mellitus los cambios que pueda experimentar en los aspectos social, laboral, familiar y físico pueden alterar el concepto que tiene de sí mismo. Todo esto logra de alguna forma que su satisfacción consigo mismo y con su vida tiendan a ser negativas.

García y Musitu (2001) señalan que el autoconcepto posee cinco dimensiones básicas, el autoconcepto académico-profesional, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar, autoconcepto social y el autoconcepto físico. Cada uno de ellos puede cambiar de acuerdo al contexto y del análisis de las experiencias del individuo, es así que cuando se presentan crisis o enfermedades como la diabetes, el autoconcepto puede modificarse ya que estas experiencias exigirán que la persona asuma nuevos roles y se ajuste a nuevas demandas.

Esta variación en el autoconcepto y el impacto de la diabetes en la calidad de vida podrían hacer que las respuestas a favor de la salud sean diferentes en los pacientes, ya que algunos se ajustarían a la enfermedad y se adaptarían al nuevo estilo de vida y tratamiento por lo que seguirían las prescripciones terapéuticas sin muchas dificultades, mientras que los que no se ajusten a la diabetes y los cambios en su autoconcepto y calidad de vida sean muy significativos, les resultará más difícil adherirse al tratamiento diabetológico.

Por otro lado, Gerber y Nehemkis (1986) señalan que muchos profesionales sanitarios consideran la adhesión al tratamiento como una medida de su éxito profesional, sin tener en cuenta cómo perciben los individuos la importancia de la conformidad con su propia satisfacción vital. En el caso de los pacientes con diabetes mellitus el cambio que deben realizar en su estilo de vida (como la alimentación sana, ejercicios, etc.) y la complejidad de tratamiento farmacológico, ya que la mayoría de los pacientes toman diferentes medicamentos diariamente, y los efectos desfavorables que pueda tener la medicación, hacen que para estos pacientes les sea difícil seguir las indicaciones de su médico y por lo tanto fracase en su adhesión al tratamiento.

Por último, otro aspecto que influye en la adherencia al tratamiento es el ambiente del paciente, en donde sus creencias, su percepción de satisfacción con la vida, su rol en la sociedad, el aspecto emocional y afectivo, su percepción de sí mismo y los mitos de salud que posea, como por ejemplo tomar sus medicamentos sólo cuando no se siente bien o dejarlos de tomar cuando se siente mejor, hacen que el paciente diabético pueda seguir o no las prescripciones médicas.

En este contexto y con los antecedentes mencionados, se plantea la siguiente interrogante:

¿Existen diferencias significativas en la Calidad de Vida y el Autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con adherencia y sin adherencia al tratamiento?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

- Establecer las diferencias en la Calidad de Vida y el Autoconcepto en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir la Calidad de Vida de los pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Describir el Autoconcepto de los pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Establecer si existe diferencias significativas en la Calidad de vida en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Establecer si existe diferencias significativas en el Autoconcepto en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Establecer si existe diferencias significativas en el autoconcepto social en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Establecer si existe diferencias significativas en el autoconcepto Académico/Profesional en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Establecer si existe diferencias significativas en el autoconcepto emocional en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Establecer si existe diferencias significativas en el autoconcepto familiar en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Establecer si existe diferencias significativas en el autoconcepto físico en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.
- Validar el Cuestionario de Calidad de Vida específica para Diabetes DQOL en español.

1.3 Justificación e Importancia

Según lo reportado por el Ministerio de Salud (2009), en el año 2000 había 754 mil peruanos diabéticos, presumiéndose que para el 2030 la cifra llegaría a 1'961,000 personas con dicha enfermedad en nuestro medio; y ha cobrado la vida de 1836 peruanos, siendo esta enfermedad la décimo tercera causa de mortalidad en el país. En cuanto a los casos de Diabetes mellitus que han sido registrados en consulta externa por grupos de edad en el 2005, se ha determinado que 41,601 peruanos son diabéticos y que están siguiendo un tratamiento en diferentes hospitales del país. Las mujeres encabezan la lista de afectados con un total de 27,453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148 (Ministerio de Salud- MINSa, 2009).

En el Perú, la prevalencia de diabetes es del 1 al 8% de la población general, siendo Piura y Lima los departamentos más afectados (2,5%). También se menciona que en la actualidad la Diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos pero menos de la mitad han sido diagnosticados, mientras que la prevalencia de la enfermedad a nivel mundial varía entre 2 y 5% y, en los Estados Unidos, los casos diagnosticados alcanzan al 5,9% de la población total, con predominio de la raza afro-americana, mexicano-americana e hispana (Untiveros, Núñez, Tapia L., Tapia G., 2004).

Dada la gran prevalencia de la Diabetes mellitus ha cobrado gran relevancia los aspectos psicosociales que acompañan y que influyen en la enfermedad, puesto que los pacientes que padecen una enfermedad crónica como la Diabetes presentan una diversidad de consecuencias psicológicas como los sentimientos de inseguridad, la desesperanza, la dependencia a los servicios de salud para el control de su enfermedad, los cambios en el estilo de vida, etc. Todas estas condiciones hacen que el individuo tenga que adaptarse a una nueva situación, afrontar su enfermedad y sus complicaciones futuras; y sobre todo que su calidad de vida, estado emocional y su bienestar psicosocial se vean alterados o impactados de alguna u otra forma en el transcurso de las etapas de su enfermedad.

Los aspectos médicos de la enfermedad, desde su misma cronicidad, y los aspectos psicosociales hacen que en los sujetos con Diabetes mellitus se vea implicado su autoconcepto, ya que este es una actividad reflexiva siendo la percepción que se tiene acerca de sí mismo, dicho autoconcepto puede ser susceptible a cambios cuando se presentan momentos o períodos de crisis en las distintas etapas de la vida, tal como lo es padecer una enfermedad crónica.

Todos los requerimientos médicos y fisiológicos como pruebas de laboratorio, efectos adversos del tratamiento, complicaciones, etc., hacen que la mejora asistencial del paciente con Diabetes de paso a la valoración de su Calidad de Vida, su estado emocional y psicosocial. Rubin y Peyrot (1992) en una amplia revisión a la literatura científica en relación a los aspectos psicosociales de la Diabetes mellitus, así como a la intervención que se realiza en este sentido, destacan la pobreza metodológica de las investigaciones en relación a los aspectos psicosociales de la diabetes como lo es la calidad de vida y el autoconcepto, caracterizados principalmente por la falta de evaluaciones cuantitativas, sistemáticas y específicas a la enfermedad. Por ello, consideran fundamental la comprensión de la naturaleza, la prevalencia y la significación de estos problemas para comprender los objetivos, los métodos y la eficacia de las intervenciones dirigidas a resolverlos.

Es por ello que la importancia de esta investigación reside en el aporte al conocimiento de la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus, ya que en nuestro medio no se encuentran investigaciones de carácter psicológico en dichos pacientes. Es así, que el autoconcepto es más trabajado en el ámbito educativo e infantil y la calidad de vida es trabajada en su mayoría por los médicos y el personal de salud, descuidando los psicólogos este campo de investigación e intervención.

Por otro lado esta investigación además aporta al trabajo asistencial de los centros de salud en general, ya que con los conocimientos adecuados se puede generar la

posibilidad de crear mayores alternativas de intervención, tratamiento y atención al paciente con Diabetes mellitus y poder así mejorar su bienestar biopsicosocial.

1.4 Limitaciones de la investigación

Una de las limitaciones del estudio fue el acceso a la muestra de pacientes diabéticos en los hospitales de Lima, ya que solicitar y obtener los permisos para evaluar a estos pacientes se ve restringido y demorado por cuestiones administrativas, por lo que la muestra del estudio es pequeña.

Por otra parte, se debe mencionar que se da una limitada generalización de los resultados obtenidos en la presente investigación puesto que esta se realizó en una población adulta atendida en el departamento de endocrinología del Hospital Central FAP, por lo que la capacidad de generalización solo se ceñirá a poblaciones con características similares.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico Referencial

En cuanto a los antecedentes de la presente investigación, tanto a nivel nacional como internacional la preocupación por comprender aspectos relacionados a la calidad de vida y al autoconcepto son evidentes, por ello, se presentan a continuación dichas investigaciones en función a las variables de estudio.

Es importante mencionar que se realizó la búsqueda de investigaciones nacionales acerca de las variables estudiadas, tanto en bibliotecas de las diferentes universidades nacionales y particulares, como en internet y revistas psicológicas; sin embargo, no se hallaron estudios en pacientes con diabetes mellitus, por lo que algunas de las investigaciones mencionadas han sido realizadas con adolescentes, universitarios o adultos en general y las pocas investigaciones encontradas con diabéticos fueron realizadas en el ámbito médico.

2.1.1 Investigaciones relacionadas a la calidad de vida:

A nivel nacional encontramos los siguientes estudios:

Grimaldo y Aguirre (2010) analizaron la calidad de vida de estudiantes de una universidad particular de Lima. La muestra estuvo conformada por 231 estudiantes de primer y segundo ciclo, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 18 y 25 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida para estudiantes universitarios de David Olson & Howard.

Los autores concluyeron que los grupos de estudiantes según sexo y edad se ubican en una tendencia al nivel óptimo de calidad de vida. Por otro lado no encontraron diferencias en los factores de Familia y Tiempo Libre y Educación según la edad de los evaluados; sin embargo, si encontraron diferencias significativas en el factor hogar y bienestar económico de la calidad de vida, a favor de las mujeres, quienes reportan una media más alta que los varones.

Grimaldo (2010) realizó el estudio sobre la Calidad de vida y el estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Evaluaron a 409 alumnos matriculados en las maestrías y doctorados de Ciencias de la Salud, de segundo año (cuarto ciclo). Los instrumentos utilizados fueron: La escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes y el Cuestionario de Estilo de Vida Saludable.

En la investigación se halló correlación entre la salud general con el consumo de alimentos en el grupo de edad más joven. También se observaron correlaciones moderadas entre algunos dominios de la calidad de vida (amigos, vida familiar, ocio y religión), sueño y reposo, principalmente en el grupo que recibe entre 719 y 1436 dólares para sus gastos. Respecto al vecindario, las correlaciones moderadas se hallaron en el grupo de los que ganan hasta 718 dólares es decir los que tienen menores ingresos económicos.

Por último, se halló que existe una estrecha relación entre sueño y calidad de vida, aunque los autores señalan que hay necesidad de continuar investigando en otros grupos muestrales.

Altamirano (2008) estudió la relación entre la calidad de vida y la satisfacción familiar en 114 pacientes que acudían a consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital Central FAP. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Calidad de Vida, Satisfacción y Placer (Quality of life Enjoyment and satisfaction Questionary Q-LES-Q) y la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos ESFA.

Los resultados de la investigación señalan que existen correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la satisfacción familiar y las escalas de Calidad de Vida. En las áreas de salud física y en el estado de ánimo, se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, siendo los varones los que alcanzan puntuaciones en promedio más elevadas que las mujeres. En satisfacción familiar se encuentra que los varones alcanzan mayores puntajes que las mujeres. Por último, no se encontraron diferencias significativas en la satisfacción familiar de acuerdo al lugar de procedencia, ni en la calidad de vida de acuerdo al grado de instrucción, así como tampoco de acuerdo al grupo diagnóstico en ambas variables.

Yataco (2008) estudia los estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Los participantes fueron 110 pacientes alcohólicos (72 hombres y 38 mujeres) con edades entre 21 y 50 años, con un tiempo de consumo de 3 años como mínimo. Se utilizaron la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island: URICA y la Escala de Evaluación de Calidad de vida de Olson y Barnes, ambos cuestionarios adaptados a Lima.

Sus resultados muestran que en los pacientes alcohólicos predomina el estadio de contemplación y le sigue el estadio de acción con respecto a los estadios de cambio. La calidad de vida es mejor en mujeres que en hombres, deteriorándose más con la edad, siendo su calidad de vida en términos globales moderada o regular. El autor concluye que cuando los pacientes están en los estadios de cambio terapéutico iniciales se afecta más la calidad de vida mejorando con el paso a otros estadios de cambio más avanzado.

Molina (2008) investigó la adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de 132 pacientes de ambos sexos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que asistían al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista y un Cuestionario Integral elaborado por la autora para evaluar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Los resultados del estudio indicaron que el 68.9% de los pacientes encuestados presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5% presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos de la muestra.

Hidalgo (2005) realizó un estudio sobre medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos y los factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en pacientes que asistían al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo en el período de octubre a diciembre del 2005. La muestra fue de 100 pacientes diabéticos de ambos sexos entre 39 y 60 años de edad. La técnica aplicada fue la entrevista y se usó un cuestionario elaborado por la autora. Los resultados indican que la mayoría de los pacientes diabéticos estudiados realizan medidas de autocuidado, como realizar ejercicios (69%), cuidado diario de los pies (54%) y consumir diariamente frutas y verduras (86%). Entre los factores socioculturales que limitan el cumplimiento del autocuidado se encontró que el factor económico es el que afecta en mayor medida, ya que la mayoría de los pacientes presenta un ingreso económico bajo. Entre los factores socioculturales que favorecen el cumplimiento del autocuidado se halló que la familia es el recurso de apoyo más importante para la persona diabética.

A nivel Internacional se encontró las siguientes investigaciones:

Vinaccia, Fernández, Escobar, Calle, Andrade, Contreras y Tobón (2006) estudiaron la relación entre la calidad de vida y la conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Se aplicó el cuestionario de salud SF-36 y el

cuestionario de conducta de enfermedad IBQ a 74 pacientes con edades entre los 45 y 65 años de la ciudad de Medellín.

Los resultados indican que existe un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes, principalmente en aquellos aspectos relacionados con la salud física. La conducta de enfermedad puntuó en el rango medio de sus dimensiones, aproximándose a un nivel alto en la hipocondriasis general. Se encontraron también correlaciones inversas entre la función física, con percepción psicológica versus somática de la enfermedad. La salud mental correlacionó también de forma negativa con distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad.

Lauro de los Ríos, Barrios y Luzeldy (2005) estudiaron la valoración de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética de la ciudad de México, y para ello trabajaron con tres grupos de pacientes: Sanos, con diabetes mellitus tipo 2 y con nefropatía diabética (100 participantes de cada grupo). Fueron evaluados con la escala de Calidad de Vida relacionada con la Salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español.

Los resultados revelaron un proceso gradual y progresivo en el deterioro de su calidad de vida con tendencias significativas a medida que la enfermedad avanza en relación con la cronicidad del padecimiento, deterioro que va desde 5% en los sujetos sanos, de 45% en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y hasta 85% en los enfermos con secuela de nefropatía diabética.

Dentro de las áreas evaluadas sobresalen la de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos, entre otros, teniendo más riesgo en el deterioro, aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, el nivel educativo bajo y la edad mayor de 50 años. Con estos resultados los autores concluyen que el grado de deterioro de la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética es progresivo y asociado a la evolución degenerativa de la enfermedad.

Cárdenas, Pedraza y Lerma (2005) en Monterrey, México investigaron la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Las autoras evaluaron a 137 adultos con edades entre los 25 y 80 años, de ambos sexos, de la ciudad de

Monterrey. A estos pacientes se les aplicó el cuestionario de Calidad de vida en diabetes – DQOL, además de medidas médicas como el peso, talla, presión arterial y muestras de sangre, datos que fueron complementados con una ficha sociodemográfica.

Los resultados hallados por las autoras indican que la calidad de vida no está influenciada por la edad y el estado marital. Los hombres obtuvieron mayor calidad de vida que las mujeres, pero las mujeres informaron estar más satisfechas con su tratamiento. El tiempo de enfermedad y la presencia de complicaciones no influyeron en la percepción de calidad de vida de estos pacientes.

García (2005) en Tenerife-España, realizó un estudio para conocer la calidad de vida de 557 pacientes con diagnosticados Diabetes Mellitus tipo 1 del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife, cuyas edades fluctuaban entre 7 a 45 años. Para esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de conocimientos generales de la Diabetes, escala de Depresión para niños-CDS, Autoconcepto Forma A – AFA, cuestionario para profesores, cuestionario para padres y madres, cuestionario Estructural Tetradsimensional para la depresión - CET-DE, Autoconcepto Forma 5 - AF5, perfil de Calidad de Vida para enfermos crónicos- PECVEC y la escala comprehensiva de Calidad de Vida para adultos - ECCVA.

Los resultados señalan que los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 (niños y preadolescentes) presentan problemas sociales y reflejan síntomas de aspectos depresivos, así como en su respuesta afectiva y preocupación por la muerte y la salud. Los niveles de autoconcepto emocional y familiar en los pacientes adolescentes y adultos que padecen Diabetes Mellitus Tipo 1 son bajos, pero no los de autoconcepto académico/laboral y social. Por otro lado, los pacientes adolescentes y adultos que padecen Diabetes Mellitus Tipo 1, no tienen una buena calidad de vida relacionada con la salud.

Cunha (2003) en, analiza las variables psicosociales que se relacionan con la calidad de vida y la diabetes, en una muestra de 266 diabéticos tipo 1 que asistían al Consultorio de Diabetología del Hospital S. Teotónio y los ambulatorios de la

Sub-Región de Salud de Viseu - Portugal, entre los 18 y 83 años. Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación, además de la ficha clínica fueron los siguientes: Inventario Clínico de Auto-Concepto de Vaz Serra (I.C.A.C.), la escala de control percibido para insulino-dependientes e insulino-tratados de Bradley, la escala de creencias de salud relacionadas con la diabetes de Bradley, la escala de adhesión al tratamiento de Matos, la escala de apoyo social de Matos y Ferreira, el inventario depresivo de Beck (BDI), la Escala de Apego Familiar de Smilkstein, y la Escala de Graffar cit in Sousa.

Los resultados revelaron que las mujeres presentan una percepción menos satisfactoria de su calidad de vida que los hombres, asimismo se encontró que un nivel de instrucción superior y el mantenimiento de las variables clínicas (peso normal, el tratamiento con insulina lenta, la glucemia en el autocontrol, el ejercicio físico y régimen diabético) se asocian a una calidad de vida más satisfactoria. Se evidenció también que son más graves los síntomas depresivos cuando la calidad de vida es más baja. Además cuanto mayor sea el apoyo social, la funcionalidad familiar y cuanto mejor sea la percepción del tratamiento de los obstáculos y la percepción de la vulnerabilidad hacia las implicaciones de la diabetes, mayor será la calidad de vida.

Por último en cuanto al autoconcepto, los hombres presentan mejor autoconcepto que las mujeres. Se encontró además una relación negativa y significativa entre la auto-eficacia y la calidad de vida, lo que indicaría que cuanto mejores son las expectativas de autoeficacia, mayor es la calidad de vida del diabético.

2.1.2 Investigaciones relacionadas al autoconcepto:

A nivel nacional, las investigaciones encontradas son las siguientes:

Pérez, Vidal y Villarán (2009) realizaron un estudio exploratorio del autoconcepto en 50 docentes de educación primaria de escuelas públicas de Comas y Puente

Piedra en Lima, 25 docentes de cada distrito. Se utilizó como instrumento el Cuestionario de Autoconcepto Forma 5 AF5.

Los resultados indicaron que existe una tendencia al nivel bajo en el autoconcepto académico/laboral, y al nivel medio bajo en el autoconcepto social, en la dimensión emocional medio alto, en la dimensión familiar medio y la dimensión del autoconcepto físico es alta. Según el sexo se encuentra que las mujeres tienen un mejor autoconcepto social y físico que los varones y por el contrario, en el autoconcepto emocional y familiar son los varones los que obtienen mejores puntuaciones. El análisis por distrito, encontraron que en la dimensión académica ambos grupos tienen un nivel bajo, en el autoconcepto social destacan levemente los docentes de Puente Piedra, en lo emocional destacan los de Comas y en lo físico casi no hay diferencias.

Escurra, Delgado, Guevara, Torres, Quezada, Morocho, Rivas y Santos (2005) analizan la relación entre el autoconcepto de las competencias, las metas académicas y el rendimiento en los alumnos universitarios de la ciudad de Lima y Callao; la muestra para el estudio estuvo conformado por 1018 estudiantes universitarios a quienes se les evaluó mediante la Escala de Autoconcepto de las Competencias y la Escala de las Metas Académicas.

Los resultados que presentan los autores indican que la escala de autoconcepto de las competencias y el cuestionario de metas académicas presentan validez y confiabilidad. Existen correlaciones significativas entre el autoconcepto de las competencias y las metas académicas; el autoconcepto de las competencias y el rendimiento académico; así como también entre las metas académicas y el rendimiento académico, y el autoconcepto de las competencias, las metas académicas; y el rendimiento académico. El análisis comparativo indica que existen diferencias significativas por sexo y por el año de estudios, además se encontró que el autoconcepto de las competencias y las metas académicas influyen de forma positiva sobre el rendimiento académico.

Matalinares, Arenas, Dioses, Muratta, Pareja, Díaz, García, Diego y Chávez (2005) investigaron la relación entre la inteligencia emocional y el autoconcepto en 203

colegiales de Lima metropolitana, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre 15 y 18 años, que cursaban el quinto de secundaria, a quienes se les aplicó el Inventario de Inteligencia Emocional Ice BarOn y el test de Evaluación de Autoconcepto AF5.

Los resultados arrojaron una correlación positiva entre ambas variables. Se encontró relación entre la Inteligencia Emocional y los componentes social y emocional del Autoconcepto, además se observó una relación positiva entre el Autoconcepto y la comprensión emocional de sí y el cociente emocional de la prueba de Inteligencia Emocional. Al comparar el autoconcepto de varones con mujeres, se encontró diferencias significativas en el componente académico a favor de las mujeres, y en el componente emocional, a favor de los varones. Por último, al comparar varones y mujeres en Inteligencia Emocional, se encontró diferencias significativas a favor de las mujeres, en el cociente emocional interpersonal de la prueba de Inteligencia Emocional.

A nivel internacional, las investigaciones relacionadas con el Autoconcepto, son las siguientes:

Correa (2010) realizó un estudio sobre el autoconcepto en 66 pacientes con Diabetes Mellitus que asistían a la clínica de atención integral en el centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo del Municipio de Granada (Nicaragua), de ambos sexos, usando como instrumento una entrevista estructurada creada por el autor denominada: "Vivero 03".

Los resultados de dicho estudio señalan que el 90.7% de los pacientes expresaron algunos elementos positivos del autoconcepto, entre ellos la autoestima, valor y confianza; por otro lado se encontró que en los elementos negativos del autoconcepto se destaca la desconfianza hacia los demás, el no sentirse aceptados y físicamente poco sanos. Por otra parte, más del 80.0% de los sujetos tenían conocimientos suficientes sobre los síntomas de la enfermedad, el cuidado de sus pies y la base de nutrientes que debe contener la dieta del paciente diabético. Por último el autoconcepto es mayor en el sexo masculino y en pacientes menores de 60 años.

Torres, Pompa, Meza, Ancer y González (2010) investigaron la relación entre el autoconcepto y el apoyo social en 276 alumnos universitarios de la ciudad de Monterrey, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 15 y 39 años. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: el cuestionario de autoconcepto forma 5 – AF5, y el cuestionario de apoyo social percibido de familia y amigos – AFA.

Los resultados de la escala de autoconcepto mostraron que en las dimensiones académicas, social y familiar, las mujeres puntuaron más alto que los hombres, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Con respecto a la dimensión física tampoco se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, no obstante, los hombres mostraron un puntaje más alto. Sin embargo, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión emocional, a favor de las mujeres. Por otro lado, se halló una diferencia significativa entre hombres y mujeres en el apoyo social percibido, a favor de los varones. Por último, la correlación entre apoyo social percibido y autoconcepto fue significativa, tanto al analizar el grupo completo, como al dividirlo de acuerdo al sexo.

Aguilar y Morales (1995), investigaron la relación entre la ansiedad y el autoconcepto en un grupo de 70 pacientes embarazadas diabéticas, divididas en tres grupos, de acuerdo al tipo de diabetes. Se les aplicó el inventario de ansiedad rasgo-estado IDARE, la escala de autoconcepto de Tennessee y una entrevista dirigida.

Los resultados encontrados fueron los siguientes: En las pacientes que cursan un embarazo de alto riesgo asociado con diabetes se puede identificar este síntoma principalmente en aquellas cuyo diagnóstico fue de diabetes mellitus no insulino dependiente, aunque un porcentaje de la muestra refirió pérdidas perinatales previas, este no tuvo una correlación con la ansiedad, pero si tuvo correlación negativa con el autoconcepto, permitiendo concluir que la ansiedad afecta el estado emocional de la paciente diabética no por las pérdidas, sino por el resultado del embarazo, en sus repercusiones sobre el bebé. Se encontró también que el 28.6% de la muestra (que es la mayor proporción) está integrada por pacientes con

un diagnóstico de Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente, de éstas el 15.7% obtuvieron puntajes de ansiedad en sus dos dimensiones, lo que es superior a lo esperado en una población abierta. Los autores concluyen que la ansiedad es un factor que se encuentra presente en los padecimientos crónicos como la diabetes, y que va a repercutir sobre la autopercepción de la paciente, afectando el autoconcepto en las áreas personal y social.

2.2 Marco teórico conceptual

A continuación se hará revisión de la información pertinente para poder apoyar el planteamiento realizado en esta investigación. Para ello se abordará en primer lugar la diabetes mellitus, con la finalidad de conocer los aspectos tanto médicos como psicológicos de esta enfermedad crónica. Luego se tratará la adherencia al tratamiento para conocer los factores que afectan la adherencia.

Por último se revisarán los aspectos teóricos sobre la Calidad de Vida y el Autoconcepto con el fin de conocer qué implicación tienen con la diabetes mellitus y con la adherencia al tratamiento.

2.2.1 Diabetes Mellitus

2.2.1.1 Definición

De acuerdo a la actual definición de la OMS (1999), la Diabetes Mellitus - DM es un grupo de trastornos metabólicos de diversa etiología caracterizado por hiperglucemia crónica y alteraciones en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas, derivado de defectos en la síntesis de insulina, en la acción de la insulina o ambos. A largo plazo esto da lugar a complicaciones específicas, como retinopatía, nefropatía, etc. acelera el proceso aterosclerótico y aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares. Este último aspecto se ha enfatizado tanto en la última década que se ha llegado a definir por la American Heart Association

(AHA, 1999) a la DM como “una enfermedad cardiovascular”; sin embargo en todos los tipos de DM, a pesar de diferir en su etiología, se encuentra como dato principal la hiperglucemia, mediante la cual se diagnostica la enfermedad, siendo además la responsable de gran parte de las complicaciones que van a afectar la calidad de vida y la mortalidad a largo plazo de quienes padecen esta afección.

En determinados caso estos pacientes adelgazan y otras engordan, por ejemplo, cuando la aparición de la diabetes en los jóvenes es brusca, o a una diabetes leve se le suman otros factores, los pacientes pierden peso sin causa aparente y además pueden aparecer complicaciones agudas del tipo coma diabético, en cambio, cuando la diabetes aparece lentamente en los adultos, generalmente se gana peso.

2.2.1.2 Sintomatología

En cuanto a los síntomas de la DM, se presenta generalmente hiperglucemia, que incluye poliuria (orinar mucho), polidipsia (aumento anormal de la sed), pérdida de peso en algunos casos, y a veces, astenia (cansancio), polifagia (comer abundantemente) y visión borrosa.

La hiperglucemia crónica de la diabetes produce complicaciones graves a largo plazo (Cuellar, 1996), tales como:

- Microangiopatía: Retinopatía, nefropatía, miocardiopatía y dermopatía.
- Macroangiopatía: Arterias coronarias, arterias cerebrales, arterias de las extremidades inferiores.
- Neuropatía: En sistema nervioso central, periférico y autónomo. La neuropatía autónoma causa síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares y disfunción sexual (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1998, p. S5).
- Otras complicaciones que se relacionan con la diabetes son las cataratas, dupuytren, osteopatía y discromatopsia.

Por lo anteriormente dicho, las personas con diabetes tienen una incidencia creciente de aterosclerosis coronaria, vascular periférica y enfermedad cerebrovascular. La hipertensión, las anomalías en el metabolismo de las lipoproteínas y enfermedad periodontal son también muy frecuentes; además, la hiperglucemia crónica de la misma manera puede producir el deterioro del crecimiento y la susceptibilidad a ciertas infecciones.

Las consecuencias agudas de la diabetes que pueden poner en peligro la vida son: la hiperglucemia con cetoacidosis o el síndrome hiperosmolar no acetocidótico. La cetoacidosis se manifiesta cuando el cuerpo utiliza la grasa en lugar de la glucosa como fuente de energía, cuando la grasa se descompone, se producen sustancias químicas denominadas “cetonas”. Si el nivel de cetonas es elevado, la sangre se torna más ácida, lo que puede conducir al coma diabético e incluso a la muerte.

Si bien la diabetes mellitus es una enfermedad orgánica, recientemente se están señalando complicaciones de tipo psicológico que también padecen estos pacientes, así The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997, 1998) refiere que: “El impacto emocional y social de la diabetes y las demandas de la terapia pueden causar importantes disfunciones psicosociales en los pacientes y en sus familias” (The Expert Committee on the diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1997. p. 1183; 1998, p. 6).

De esta forma los profesionales de la salud empiezan a darle mayor importancia a los aspectos psicológicos que influyen en la enfermedad y la intervención de los pacientes diabéticos ya no sólo se centra en una adecuada dieta y el seguimiento de las prescripciones médicas, sino también en la calidad de vida, el soporte familiar, el estado emocional y psicológico del paciente.

2.2.1.3 Diagnóstico

Para establecer los criterios diagnósticos de diabetes es importante y necesario identificar los puntos de corte de glucemia a partir de los cuales aumenta el riesgo

de complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes. Los criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Diabetes - ADA y (2003) son los siguientes:

- Glucemia plasmática ≥ 126 mg/dl en ayunas.
- Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa con 75 g.
- Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl en cualquier momento del día con síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso).

*Cualquiera de los criterios, en ausencia de descompensación hiperglucémica, debe confirmarse en un día diferente con cualquiera de los tres criterios.

Glucosa en ayunas alterada:

- Glucemia plasmática entre 100 y 125 mg/dl en ayunas.

Intolerancia oral a la glucosa:

- Glucemia plasmática entre 140 y 199 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de 75 g de glucosa.

Los médicos en su totalidad coinciden en que es recomendable realizarse una prueba de screening para detectar diabetes o prediabetes en las siguientes situaciones:

- Todos las personas mayores de 45 años, principalmente si $IMC \geq 25$, y si es normal repetir cada 3 años.
- Personas menores de 45 años, si $IMC \geq 25$ y factores de riesgo adicional:
 - Inactividad física.
 - Familiares de primer grado con diabetes.
 - Población étnica de riesgo.
 - Madre de recién nacido con macrosomía o con diagnostico de diabetes gestacional.
 - Hipertensión arterial.

- HDL-colesterol < 35 mg/dl y/o triglicéridos > 250 mg/dl.
- Intolerancia oral a la glucosa o glucosa en ayunas alterada.
- Datos clínicos de resistencia a la insulina (acantosis nigricans, síndrome de ovario poliquístico).
- Enfermedad vascular.

2.2.1.4 Clasificación de la Diabetes Mellitus

Los nuevos criterios para el diagnóstico y clasificación de la DM fueron desarrollados casi simultáneamente por un comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y sus características fisiopatológicas, pero también incluye la posibilidad de describir la etapa de la historia natural en la cual se encuentra la persona.

Clasificación de la DM (ADA 2008, basada en OMS 1999)

- I. Diabetes tipo 1 (destrucción de células β que conduce a déficit absoluto de insulina)
 - A. Autoinmune
 - B. Idiopática
- II. Diabetes tipo 2 (con resistencia insulínica y déficit relativo de secreción insulínica)
 - A. Defectos genéticos de la función celular β
 - B. Defectos genéticos de la acción de la insulina
 - C. Enfermedades del páncreas exocrino
 - D. Endocrinopatías
 - E. Fármacos o agentes químicos
 - F. Infecciones
 - G. Formas infrecuentes de diabetes autoinmune

- H. Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con diabetes
- III. Otros tipos específicos
- IV. Diabetes Mellitus gestacional

De esta clasificación, las que tienen mayor incidencia en la población en general son la Diabetes Mellitus tipo 1 y la tipo 2 que serán ampliadas a continuación.

A. Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)

Se caracteriza por la destrucción autoinmune mediada por células de la célula β de los islotes pancreáticos, que da lugar a insulinopenia. La enfermedad se inicia en la infancia o juventud y el paciente necesita insulina para evitar la cetoacidosis, complicaciones graves y la muerte.

El descubrimiento de la etiología autoinmune, cabe mencionar que, convirtió obsoletas las antiguas denominaciones como “diabetes infanto-juvenil” o “diabetes insulino dependiente”. Con mucha frecuencia se puede evidenciar la reacción autoinmune en forma de anticuerpos tipo anti-decarboxilasa del ácido glutámico (GAD), anti-islote pancreático (ICA), antiinsulina y anti-tirosín fosfatasa (IA2 e IA - 2 β), incluso antes de que la enfermedad sea clínicamente manifiesta.

En la mayoría de los casos los pacientes con DM1 debutan de forma aguda con cetoacidosis, el momento en que se manifiesta el cuadro dependerá de la velocidad de destrucción de las células β pancreáticas, que es muy variable, y de la influencia de estímulos externos como tóxicos, dieta, infecciones, etc. El mayor pico de incidencia de la DM1 ocurre en la niñez y la adolescencia, aunque puede presentarse a cualquier edad; estos pacientes tienen un mayor riesgo de presentar alguna otra enfermedad autoinmune como la enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, vitíligo, celiaquía y anemia perniciosa. Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida

adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Por otro lado se ha reportado recientemente una forma de DM1 que requiere insulina de forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad.

La etiología de la destrucción de las células β es generalmente autoinmune, pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Por lo tanto a través de la medición de anticuerpos antes mencionados se puede subdividir la DM1 en: Autoinmune e Idiopática.

B. Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

La diabetes mellitus tipo 2 representa el 90 a 95% de los diagnósticos de DM. Su pico de incidencia ocurre en sujetos de mayor edad que en la DM1, en general a partir de los 35 a 40 años y con una intensa asociación familiar. Se acompaña en numerosas ocasiones de otros factores de riesgo cardiovascular, de los cuales la obesidad es el más importante, especialmente la del patrón abdominal (relacionado con aumento de grasa visceral), junto a la hipertensión y la dislipidemia; todo ello se engloba dentro de lo que se conoce como un síndrome metabólico. En estos pacientes, además de una elevada neoglucogénesis hepática, existe una excesiva producción endógena de mediadores bioquímicos proinflamatorios, procoagulantes e inductores de resistencia a la acción de insulina, mecanismo que siempre está presente en la DM2, aunque acompañado en mayor o en menor medida por un déficit en la producción de insulina incapaz de compensar esta resistencia periférica.

La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere que exista también una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante; ambas situaciones deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores

clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos factores primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina, mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona, aunque este tipo de diabetes se presenta, como ya se mencionó, principalmente en adultos, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos.

La incidencia de esta enfermedad es mayor en pacientes longevos, sedentarios, obesos, en los sujetos con antecedentes familiares de DM2, en mujeres que han presentado diabetes mellitus gestante (DMG), y en ciertos grupos étnicos como los amerindios, afrocaribeños y surasiáticos.

La forma de presentación suele ser mucho más lenta que la DM1, muchas veces realizándose el diagnóstico por la presencia de hiperglucemia en los análisis de rutina tras años de evolución del cuadro, sin que el paciente haya presentado sintomatología alguna. Una larga evolución previa al diagnóstico se asocia con mayor incidencia de complicaciones macro y microvasculares, en ocasiones el paciente refiere clínica cardinal y, raramente, puede presentarse como situación hiperosmolar, sobre todo en sujetos de edad avanzada o con alguna limitación que les impida acceder libremente al agua, con deshidratación secundaria. La necesidad de insulina no es tan drástica como en la DM1, siendo necesaria frecuentemente para el control de la enfermedad, pero no para la supervivencia. El déficit de producción de insulina no suele ser total, con un remanente capaz de evitar la cetoacidosis casi por completo, salvo la concurrencia de otra enfermedad aguda como infecciones o traumatismos.

2.2.1.5 Epidemiología

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030 la suma se incremente en 366 millones.

Según el panfleto “La Diabetes y los números para el 2008” de la ADA, 23.6 millones de personas tienen diabetes, es decir el 7.8% de la población, 17.9 millones de personas han sido diagnosticadas, 5.7 millones no diagnosticadas y al menos 57 millones tienen Pre-diabetes. En el año 2007, 1.6 millones de casos nuevos de diabetes en personas mayores de 20 años de edad fueron diagnosticados. De esta población se tiene que en menores de 20 años, 186,300 personas o el 0.22% tienen diabetes. En mayores de 60 años, 12.2 millones de personas o el 23.1% de todas las personas de este grupo de edad tienen diabetes. En hombres, 12 millones de hombres o el 11.2% de todos los hombres mayores de 20 años de edad tienen diabetes, aunque casi un tercio de ellos no lo saben. En mujeres, 11.5 millones de mujeres o el 10.2% de todas las mujeres mayores de 20 años de edad tienen diabetes.

Alrededor de uno de cada 400 a 600 niños y adolescentes tiene DM1. Los datos sobre la incidencia de la DM1 en jóvenes mayores de 15 años y en adultos son más escasos y de difícil estandarización, pero existen datos que apuntan a un incremento de nuevos casos también en este grupo de edad, que según algunos estudios pueden representar más del 40% de los nuevos diagnósticos de DM1.

Por otro lado actualmente la DM2 es una verdadera epidemia de magnitud mundial con una prevalencia del 8-12%, con tendencia a incrementar progresivamente, además el 50% de los casos no están diagnosticados, de forma frecuente la detección de la enfermedad se efectúa al presentar una complicación micro o macrovascular. Aunque la DM2 puede presentarse durante la juventud, no se encuentran disponibles los datos representativos que serían necesarios para realizar un seguimiento de las tendencias por tipo de diabetes en los jóvenes. Algunos informes clínicos y estudios en EEUU sugieren que el diagnóstico de DM2, aunque todavía es poco común en dicha población, está siendo diagnosticado cada vez más entre niños y adolescentes, particularmente entre los indios norteamericanos, los afro-americanos y los estadounidenses de origen hispano/latino.

Tabla 1. Prevalencia de la DM2 en algunos estudios con base poblacional en Latinoamérica, utilizando criterios de la OMS de 1985.

País	Rango edad (años)	% prevalencia cruda (IC95%)	% prevalencia ajustada por edad para 30-64 años (IC95%)	
			Hombres	Mujeres
Argentina(Córdoba) ¹	30-70	8.2 (2.7-5.5)		
Bolivia (Santa Cruz) ¹	≥ 30	10.7 (8.4-13)		
Bolivia (La Paz) ¹	≥ 30	5.7 (3.9-7.6)		
Bolivia (El Alto) ⁵	30	2.7 (1.4-4)		
Brasil (Sao Paulo) ¹	30-69	7.3 (6.1-8.4)	8.9 (7.1-10.7)	8.9 (7.1-10.7)
Chile (Mapuches) ⁴	≥ 20	4.1 (2.2-6.9)		
Chile (Aymaras) ⁴	≥ 20	1.5 (0.3-4.5)		
Colombia (Bogotá) ¹	≥ 30	7.5 (5.1-9.8)	7.3 (3.7-10.9)	8.7 (5.2-12.3)
Colombia (Choachi) ³	≥ 30	1.4 (0-2.8)		
México (C. de M.) ¹	35-64	12.7 (10.1-15.3)		
México (SL Potosí) ¹	≥ 15	10.1 (8.3-11.8)		
Paraguay (Asunción) ¹	20-74	8.9 (7.5-10.3)		
Perú (Lima) ¹	≥ 18	7.6 (3.5-11.7)		
Perú (Tarapoto) ²	≥ 18	4.4 (0.2-8.6)		
Perú (Huaraz) ⁵	≥ 18	1.3 (0-3.8)		

¹Urbana ²Suburbana ³Rural ⁴Indígena ⁵>3.000 m SNM

Fuente: Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 OPS/OMS (2006)

2.2.1.6 Componentes del tratamiento de la DM

En la actualidad, se reconoce que para conseguir los objetivos del control de la diabetes se hace necesaria una formación comprensiva en autocontrol y programas intensivos de tratamiento (ADA, 1998a, p. 23). Éstos deben proporcionarse de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente. Los componentes de los programas de tratamiento de la DM son los siguientes (ADA, 1995a, 1997a; 1998a):

- Autocontrol de la glucosa en sangre con una adecuada frecuencia.
- Terapia médica nutricional.
- Ejercicio regular.
- Regímenes de insulina o infusión subcutánea de insulina u agentes orales hipoglucemiantes.
- Instrucción en la prevención y en el tratamiento de la hipoglucemia y de otras complicaciones agudas.
- Educación continua y refuerzo.
- Evaluación periódica de los objetivos del tratamiento.

A lo largo de los años, en las diferentes reuniones científicas internacionales para el estudio de la diabetes, se ha reconocido la importancia de la educación de la persona con diabetes y de su familia como una parte fundamental del tratamiento de la enfermedad. En este sentido, la División of Diabetes Translation (1991) recomienda que las personas con diabetes deben aprender a:

- Controlar su glucemia.
- Negociar un plan de comida con el dietista.
- Alcanzar y mantener los niveles de ejercicio recomendados.
- Ajustar su insulina según sus necesidades.
- Prevenir y tratar la hipoglucemia.
- Evaluar su hemoglobina glicosilada cada tres meses con la ayuda de su equipo de diabetes.

2.2.2 Adhesión al tratamiento

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema altamente relevante en las enfermedades crónicas como la diabetes, pues conlleva altos costos para el

paciente y la sociedad, ya que a las secuelas físicas (enfermedad micro y macrovascular), se deben agregar costos por rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad. Este es uno de los problemas más importantes con que se encuentran los profesionales de la salud; la falta de adhesión terapéutica, ya se trate de dificultades para tomar la medicación, para modificar hábitos nocivos o de alto riesgo como la dieta, ejercicio, estrés, alcohol y tabaco, o bien el abandono del tratamiento o el incumplimiento de las revisiones, es una condición característica de los pacientes sea cual sea la enfermedad que padecen y esta es una de las condiciones que hace que los profesionales de la salud unánimemente coincidan en señalar como la más desalentadora.

2.2.2.1 Concepto de Adhesión al tratamiento

Según indica Ferrer (1995), en la revisión bibliográfica que hace de la adherencia, en la bibliografía anglosajona suelen emplearse, habitualmente, dos términos indistintamente para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud o terapéuticas: *compliance* (cumplimiento) y *adherence* (adhesión o adherencia).

La definición que es citada con mayor frecuencia se refiere al cumplimiento como obediencia del individuo a las instrucciones y prescripciones del profesional de la salud, esto es: el punto en el que coincide el comportamiento de una persona con los consejos médicos o sanitarios (Haynes, 1979, pp. 2-3). En este caso, se pone el énfasis en la autoridad del rol del médico, determinando lo que debe o no debe hacer el individuo con enfermedad crónica, el cual pasa a tener un rol pasivo respecto al manejo del tratamiento (Johnson, 1992).

Por otro lado, para Meichenbaum y Turk (1991) la adhesión requiere una diversidad de comportamientos de prevención y mantenimiento de la salud relacionados con el cuidado, no sólo el seguimiento de las prescripciones médicas. Dichos comportamientos incluyen:

- Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
- Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones.
- Tomar correctamente la medicación prescrita.
- Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida (en las áreas de alimentación, ejercicio, y manejo del estrés, etc.).
- Realizar correctamente el régimen terapéutico en casa.
- Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (fumar, beber, tomar drogas, etc.).

De igual modo, para Glasgow, Wilson y McCaul (1985), el cumplimiento consiste en una interdependiente red de régimen de conductas, más que una simple conducta de tomar medicamentos. Por lo tanto, la adhesión al régimen de adherencia no es un constructo unitario, y el nivel de adherencia hacia un aspecto del régimen a menudo no está relacionado con el grado de adherencia de otro aspecto del régimen.

Johnson (1995) por su parte indica que la adhesión ha sido tradicionalmente considerada como una característica del carácter del paciente. Algunas personas son consideradas adherentes y otras no; esta idea hace presuponer que si se adhiere a uno de los componentes del tratamiento de la diabetes se adherirá a todos los demás. La literatura, en general, rechaza claramente este punto de vista.

El comportamiento de un paciente, en relación a uno de los aspectos al régimen de la diabetes, no es predictivo de la adherencia a otros componentes del régimen. Incluso dentro de una de un mismo componente del régimen (por ejemplo la dieta), el comportamiento del paciente es a menudo, inconsistente de unas medidas a otras. Esto sugiere que tanto la definición como la medida de la adherencia requerirán una estrategia con múltiples componentes (Johnson, 1995, p. 268).

Por último, Beaser, Garbus y Jacobson (1996) opinan que la evaluación de la adhesión en espacios clínicos debería hacerse desde una perspectiva multifactorial, capturando y calibrando de manera separada el impacto de cada componente del régimen de tratamiento.

Mediante la revisión anteriormente mencionada, se observa que la adherencia al tratamiento incluye varios aspectos y conductas por parte del paciente, para el caso de la presente investigación se tomará sólo uno de los aspectos mencionados que es la adherencia al tratamiento farmacológico, que implica el seguimiento de las prescripciones médicas en cuanto a los fármacos que debe tomar el paciente.

2.2.2.2 Factores que afectan la incidencia

Existe una gran variedad de estudios que se han realizado para conocer los factores relacionados con los determinantes de la adhesión y las conductas de adhesión al tratamiento. Epstein y Masek (1978) constataron la correlación de cuatro variables con la adhesión: a) la raza, b) la complejidad del tratamiento, c) la duración de la terapia y d) la creencia en la eficacia de la terapia.

Años después, Gerber y Nehemkis (1986) observaron múltiples factores que afectaban a la adhesión, planteando la necesidad de individualizar los tratamientos partiendo de la idea de que cada caso es único y complejo. Estos autores señalaron los siguientes determinantes: a) la formación y las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud, b) los factores psicosociales de los pacientes, c) la influencia del apoyo de la familia, d) las variables sociales, e) medioambientales, f) económicas, g) cognitivas h) emocionales e i) morales. Creyendo también que el dilema de la enfermedad crónica individual es fundamentalmente un problema moral de cómo los individuos debían vivir las circunstancias de su vida.

En general, en la literatura se han descrito diferentes determinantes de los comportamientos para el autocuidado (Glasgow, McCaul, y Schafer, 1987; De Weerd, Visser, Kok y Van Der Veen, 1990) como el nivel de estrés, de ansiedad, de conocimientos, el locus de control sobre la salud, la actitud hacia el autocuidado, el ambiente social y las variables demográficas.

Cada uno de estos determinantes puede proporcionar mayor comprensión sobre los comportamientos de autocuidado. Sin embargo, en la actualidad sigue sin existir un modelo comprehensivo que explique las conductas de autocuidado (De Weerd et al., 1990).

Meichenbaum y Turk (1991), basándose en la categorización de las doscientas variables identificadas en la revisión realizada por Haynes en 1976, destacan las siguientes variables determinantes en la conducta de adhesión, las cuales son las más aceptadas por diferentes autores: a) características del paciente, b) características del tipo de tratamiento; c) rasgos de la enfermedad; d) relación entre el profesional de salud y el paciente; e) el contexto clínico.

Otros autores, mencionan que los factores psicológicos como autoestima baja, insatisfacción, bajo autoconcepto y una Calidad de Vida disminuida y por ende, mayor dependencia social, son factores más comunes en pacientes diabéticos que personas sin la enfermedad, lo que de alguna forma podría sugerir como consecuencia de la enfermedad un descenso en el bienestar psicológico y social de quien la padece.

Por lo que se puede esperar que aquellos pacientes diabéticos con una Calidad de vida más elevada y un autoconcepto alto, presenten mayor adherencia al régimen de salud que aquellos con un bajo autoconcepto y poca Calidad de vida.

2.2.3 Calidad de vida

2.2.3.1 Concepto de Calidad de Vida (CV)

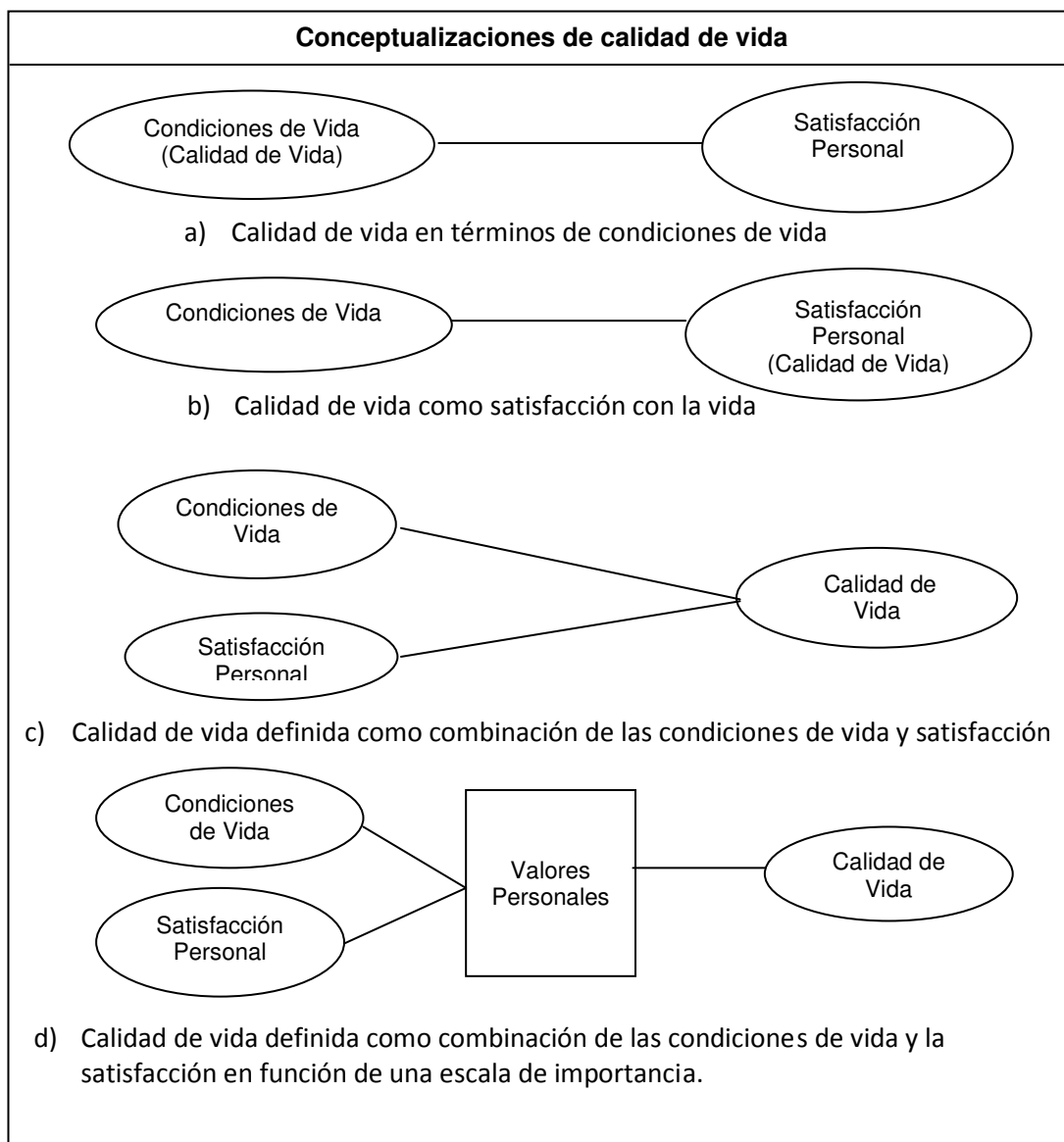
El concepto de calidad de vida ha ido presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo. Primero, el término se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

La calidad de vida es un concepto complejo que está compuesto por diversos dominios y dimensiones, y de difícil definición operacional (Blanco, 1985). De ahí que no sea infrecuente que la calidad de vida haya sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el bio-medico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial.

Tal vez por esta misma razón y analizando la revisión bibliográfica que realiza Fernández (1996) es importante mencionar lo que no vendría a ser calidad de vida; de acuerdo a ello CV no es el equivalente a el ambiente en el que se encuentra el individuo o en que reside, no es igual a la cantidad de bienes materiales ni a al estado de salud física o a la calidad del cuidado de la salud de las personas.

De igual forma, se distingue de los constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad.

Figura 1. Conceptualización de calidad de vida (traducida y adaptada por Felce y Perry, 1995)



A continuación se citará las definiciones más frecuentes sobre la calidad de vida.

La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar; pero, también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores “objetivos” biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (Diener, 1984).

Hörnquist, Hanestad y Albrektsen (1990), definen la CV como una necesidad percibida y una satisfacción funcional en seis diferentes ámbitos fundamentales de la vida poniendo especial énfasis en el bienestar y comprende las necesidades relacionadas con los dominios de la vida físico, psicológico, social, actividad, material y estructural.

Desde un punto de vista operativo, el concepto calidad de vida para los mismos autores, pretende evaluar los siguientes ámbitos:

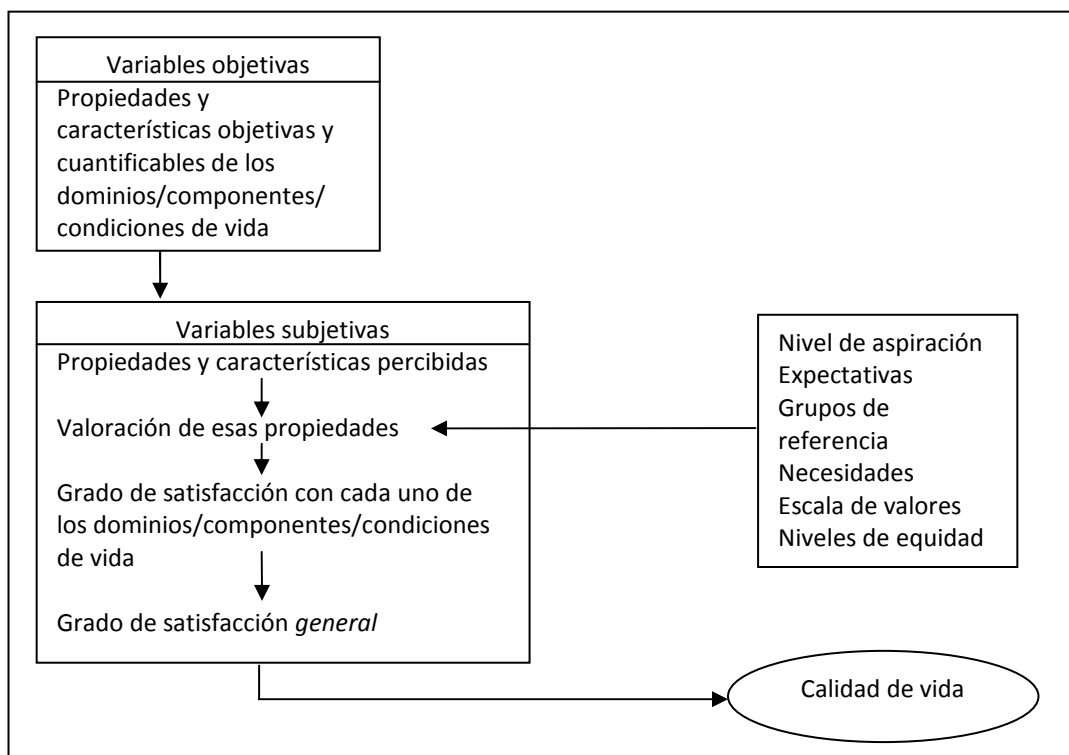
- Físico, en el que se verá la salud corporal y el impacto de la enfermedad.
- Psicológico, que evaluará la satisfacción con la vida del paciente, el bienestar en general y el funcionamiento intelectual.
- Social, aquí se analiza las relaciones en general y las relaciones específicas con la familia, y de la vida sexual.
- Conducta y actividad, refiriéndose a la movilidad, el trabajo y la capacidad para el autocuidado.
- Estructural, que analiza la dimensión religiosa.
- Material, que evaluará el estado económico del individuo.

A su vez, Shumaker, Anderson y Czajkowski (1990) definen la calidad de vida como una satisfacción global con la vida y como un sentimiento general de bienestar personal y para evaluarla sugieren el análisis de seis dimensiones:

- Funcionamiento cognitivo.
- Funcionamiento social.
- Funcionamiento físico.
- Funcionamiento emocional.
- Productividad personal que se relaciona con el grado en el que la persona puede beneficiar a la sociedad con su ocupación principal o con alguna otra actividad.
- La intimidad, que incluye el funcionamiento sexual como una expresión de un amplio repertorio de comportamientos que forman la base de los sentimientos de conexión íntima con los otros.

Actualmente el concepto de calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además puede ser definido, en términos generales como una medida compuesta por bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Levi y Anderson, 1980), en la figura 2 se puede apreciar la relación entre las variables subjetivas y objetivas en la CV que se acaban de mencionar.

Figura 2. Variables objetivas y subjetivas en la Calidad de Vida (Blanco, 1985).



Según el grupo de trabajo sobre calidad de vida de la Organización Mundial de la salud WHOQOL, la CV se define a partir de las percepciones que tiene el individuo de su posición en la vida respecto a su contexto cultural y el sistema de valores de este contexto en relación con sus propios objetivos, normas y expectativas (Lucas, 1998).

Por último es importante señalar que cuando se habla de la CV en el contexto de la enfermedad se refiere a cómo se siente el paciente frente a la enfermedad y cómo percibe las limitaciones que ella le provoca; concepto que algunos autores denominan “CV relacionada con la salud”.

2.2.3.2 Dominios

Con la finalidad de evaluar distintos ámbitos que puedan intervenir en la calidad de vida se ha establecido un modelo explicativo de las influencias clínicas y de las creencias y juicios de las personas con enfermedad crónica en los diferentes dominios de la CV con un sentido bidireccional. Los cambios de uno o varios dominios de la misma, independientemente del tratamiento médico que pueda recibir, puede afectar a la adhesión al tratamiento o incluso influir en su efectividad. Por ejemplo, la pérdida de trabajo del paciente puede influir en la aplicación de un determinado tratamiento médico o parte de él por falta de condiciones económicas para llevarlo a cabo.

Spilker, y Revicki (1996) señalan que los componentes y dominios de la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

- Entorno natural-externo: Características geográficas como el aire, agua o temperatura del ambiente.
- Entorno social-externo: Instituciones culturales, instituciones religiosas y escolares, instituciones para la seguridad personal en el entorno, oportunidades de hacer compras, facilidades y servicios médicos, políticas gubernamentales, sistemas de transporte y comunicación. Instituciones sociales de ocio y facilidades.
- Personal-interno: Atributos de la personalidad, deseos y objetivos, valores y creencias, estrategias de afrontamiento, estado espiritual, etc.
- Personal-social: Estructura familiar, redes sociales, grupos sociales, situación económica y situación vocacional. (Spilker, y Revicki, 1996, p. 26).

A continuación en la Tabla 2, se revisará los autores más representativos y los dominios de Calidad de Vida que plantean.

Tabla 2. Dominios de Calidad de Vida (García, J. 2005).

AÑO	AUTOR	DOMINIOS
1978	FLANAGAN	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico y material • Relaciones interpersonales • Actividades sociales, comunitarias y cívicas • Desarrollo y realización personal • Recreación
1994	REID Y RENWICK	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar general • Relaciones interpersonales • Desarrollo personal • Realización personal • Ocio y recreación
1995	FELCE Y PERRY	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico • Bienestar material • Bienestar social • Desarrollo y actividades • Bienestar emocional
1996	STARK Y FAULKNER	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la salud • Entorno • Familia • Relaciones sociales • Educación • Trabajo • Ocio
1996	RENWICK Y BROWN	<ul style="list-style-type: none"> • Ser (físico, psicológico, espiritual) • Pertener (ambiente físico, ambiente social, comunidad) • Llegar a ser (actividades prácticas, ocio, desarrollo personal)

1997	CUMMINS	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar material • Salud • Productividad • Intimidad • Seguridad • Presencia en la comunidad • Bienestar emocional
2003	GÓMEZ-VELA	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones interpersonales • Integración / Presencia en la comunidad • Bienestar material • Bienestar emocional • Bienestar físico • Desarrollo personal • Autodeterminación

2.2.3.3 Calidad de vida en enfermos crónicos

En el caso de los enfermos crónicos se observa a simple vista un quiebre importante en una de las variables que se considera un componente principal de la calidad de vida: su estado de salud. En diversos estudios que se realizan se compara la calidad de vida de los enfermos crónicos con personas sanas y en muchos casos se obvian ciertos aspectos de la calidad de vida que también son esenciales para poder evaluarla integralmente y para poder valorar el impacto que tiene la enfermedad sobre el individuo que la padece.

A pesar de tener una gran variedad de planteamientos acerca de los dominios y variables que comprenden la calidad de vida existe un acuerdo respecto a que la calidad de vida es un constructo multidimensional, por lo que en pacientes crónicos – como los pacientes con diabetes mellitus - son cuatro los aspectos principalmente que afectan la calidad de vida: el estatus funcional (aspecto físico), los síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento, funcionamiento psicológico y el funcionamiento social.

A continuación revisaremos el impacto que genera una enfermedad crónica como la DM en diferentes aspectos de la vida del paciente.

➤ Impacto en la percepción del bienestar

Una de las razones más importantes para cuidar la calidad de vida de las personas con diabetes, es que se encuentran diferencias significativas en el impacto del tratamiento intensivo de insulina en la calidad de vida de las personas. Algunas personas pueden integrarlo perfectamente en sus estilos de vida, pero otras manifiestan tener muchas dificultades (Rodin, 1990).

Por consiguiente, las diferencias en la naturaleza de la enfermedad, la personalidad y el entorno social de las personas con diabetes, así como la carga y el tipo de tratamiento médico, pueden contribuir a la mayor o menor calidad de vida.

➤ Impacto en el funcionamiento físico y social

Mayou, Bryan y Turner (1990) encuentran en su trabajo que los individuos dependientes de la insulina informaban de algún tipo de alteración en su vida social o trabajo relacionado con la diabetes, así como también un impacto medio en lo que respecta a su calidad de vida.

El impacto en la calidad de vida para algunos autores (Tebbi, Bromberg y Sills, 1990) depende de la duración y severidad de las complicaciones; de esta forma se dice que hay dos áreas de potencial disfunción en la diabetes que habitualmente no son tratadas por los médicos ni por los investigadores, a pesar de la gravedad de sus consecuencias: la disfunción sexual y el daño cognitivo.

➤ Impacto en estado mental y emocional

Tebbi, Bromberg y Sills (1990) encontraron mayores síntomas depresivos en su muestra de adultos con diabetes, estos autores utilizaron el Rand General

Wellbeing Scale. Por otro lado, en el estudio de Littlefield, Rodin y colaboradores (Rodin, 1990) aplicaron el Beck Depression Inventory a 158 adultos con diabetes tipo 1, y observaron que los síntomas depresivos correlacionaban con la severidad del daño funcional y éstos aumentaban significativamente en aquellos individuos que percibían un menor apoyo social.

➤ Preocupaciones por la enfermedad

Las demandas y preocupaciones por la enfermedad pueden dar lugar a sentir que la enfermedad tiene un gran impacto en la vida diaria, reduciendo la satisfacción con la vida en general. Varios autores defienden que, a pesar de los requerimientos de la enfermedad, se puede hacer una vida diaria sin reducir la calidad de vida y sin dejar de preocuparse por las complicaciones a largo plazo.

2.2.4 Autoconcepto

2.2.4.1 Definición y características

William James fue el precursor de los estudios acerca del autoconcepto (citado en Esnaola, Rodríguez y Goñi, 2011), él concibe un modelo que aún hoy resulta perfectamente válido, teniendo en cuenta que los avances posteriores en el conocimiento de este constructo no hacen sino apoyar empíricamente y profundizar sus planteamientos. James elabora su teoría del Self mediante la introspección personal y la observación de la conducta y actitudes de otros, y sugiere que el sujeto es tanto un conocedor como un objeto de conocimiento. El self, según James, puede actuar tanto como un agente con capacidad para pensar y percibir como algo un objeto sobre el que se reflexiona, es por este motivo que el ser humano puede pensar, percibir y conocer muchas cosas, incluyéndose a sí mismo. Es así que este autor plantea que se pueden distinguir dos dimensiones dentro del self (o persona): El sí mismo o Yo, como conocedor, pensador, agente

de conducta; y el Mi, del que tenemos conocimiento, que vendría a ser la suma total de lo que una persona conoce de sí mismo.

James también diferenció los conceptos de autoestima y autoconcepto (González, Núñez, Porto, Santorum y Valle, 1990), él señala que la autoestima es en gran medida un resultado de la comparación de nuestro yo real con nuestro yo ideal, es el resultado de nuestros éxitos partido por nuestras pretensiones. Según esta ley, nuestra estima aumenta a medida que crecen nuestros éxitos o disminuyen nuestras aspiraciones o pretensiones. Por lo tanto, señala, que se tiene una autoestima alta cuanto más cerca esté el autoconcepto del yo ideal y se tiene una autoestima baja cuando la distancia es grande.

El autoconcepto juega una posición determinante en el complejo proceso del desarrollo psicosocial de los individuos, donde se enmarca la relevancia del mismo para llegar a comprender la forma en que los sujetos regulan sus propias conductas en diferentes contextos como lo son el familiar, social, académico, físico y emocional. Cada una de estas áreas está dividida en subáreas en las cuales podemos encontrar factores que nos llevan a un autoconcepto específico.

De manera general el autoconcepto se define como un conjunto de tres factores de actitudes en referencia al yo, apuntando principalmente al pensamiento, a los sentimientos y a la conducta. (Shavelson, Hubner & Statnton, 1976; Watkins & Dhawan, 1989; García & Musitu, 2001).

Epstein (1981) considera al autoconcepto como estructura de contenidos múltiples acerca de sí mismo, internamente consistente y jerárquicamente organizada, algunos contenidos son más centrales y otros más periféricos dependiendo del valor que tengan para cada individuo, es relativamente estable y también está sujeto a cambios, actúa como filtro y organizador de la información y determina hasta un cierto punto la conducta del individuo. La centralidad del autoconcepto es tal que el individuo luchará por mantener su sistema de creencias, evitar su desorganización y engrandecer su visión de sí mismo.

Por otro lado, Fitts (1992) luego de una serie de estudios ha conceptualizado y sistematizado el constructo de autoconcepto. Él señala que cuando el hombre se percibe a sí mismo, reacciona y asigna significaciones y valores formando abstracciones acerca de sí mismo como lo hace con los demás.

Este autor agrega en su conceptualización dos aspectos del sí mismo, aquel que se refiere a lo que el sujeto es así mismo como proceso, y lo que el sujeto percibe que es a sí mismo como objeto de la observación, evaluación o juicio; concluirá que ambos "sí mismos" constituyen el sí mismo total, que el sujeto vivencia, observa y juzga. Es a la suma de todas las percepciones con respecto a este sí mismo total que denominará "Autoconcepto".

Marsh y Shavelson (1985), basándose en el modelo enunciado por Shavelson, Hubner y Stanton proponen la siguiente definición de autoconcepto:

"El autoconcepto, brevemente definido, es la percepción que tiene una persona sobre sí misma. Esta percepción se forma a través de las interpretaciones que hacemos sobre las experiencias que nos ocurren. Y está influido especialmente por las evaluaciones que hacen los otros significativos, por los refuerzos, y por las atribuciones que hacemos sobre nuestra propia conducta". (Marsh y Shavelson, 1985, p. 107).

Estos mismos autores consideran que en el constructo del autoconcepto se incluyen:

- Ideas, imágenes y creencias que el hombre tiene y hace de sí mismo.
- Imágenes que los demás tienen del individuo.
- Imágenes de cómo al sujeto le gustaría ser.
- Imágenes que al sujeto le gustaría tener.

Partiendo de las múltiples definiciones del autoconcepto, Shavelson y col. señalaron las principales características de éste (González-Pérez y Criado del Pozo, 2003):

- ◆ **Multidimensionalidad:** Las autopercepciones que el sujeto construye a lo largo de su vida no son de la misma naturaleza. Así un sujeto puede tener de sí mismo una opinión muy diferente en las distintas facetas que forman su autoconcepto; por ejemplo, puede verse de una forma distinta como conocedor de la música, que como persona que se relaciona con los demás o como deportista o intelectual. Las autopercepciones varían de una persona a otra en número y en importancia. El número de dimensiones del autoconcepto que cada sujeto presente dependerá de ciertas variables como la edad, el sexo, la cultura, el medio social en el que se desarrollo, las exigencias profesionales, etc.

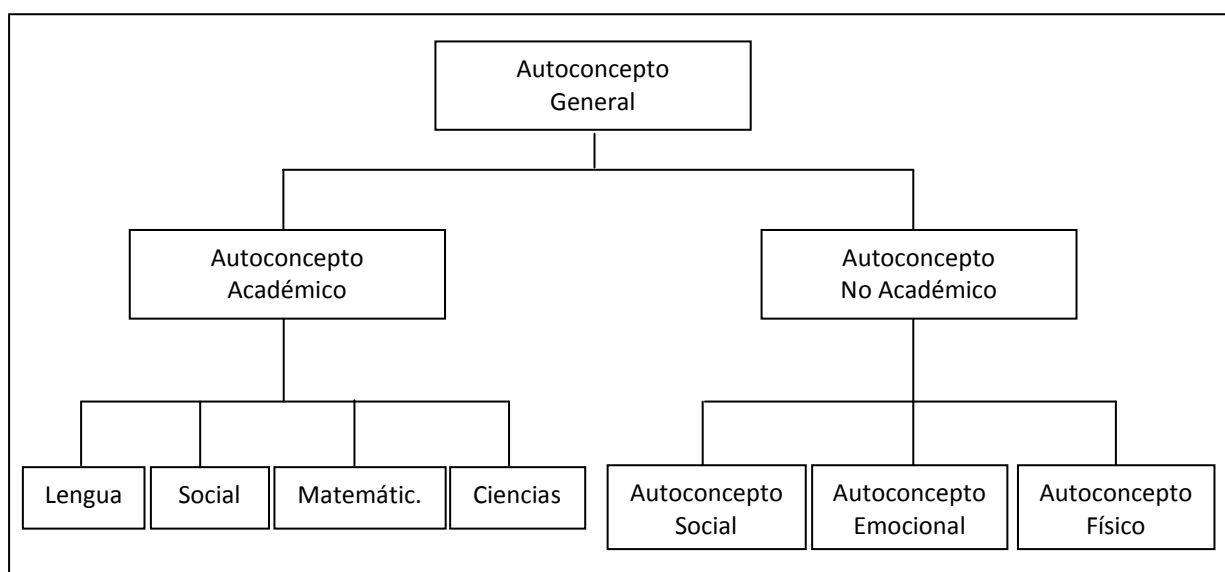
- ◆ **Jerárquico:** Las distintas facetas del autoconcepto se organizan jerárquicamente, de arriba abajo, de lo más general a lo más particular, figurando en la parte superior de la escala el autoconcepto general, descendiendo hasta la parte más inferior, que se refiere a facetas más específicas, como pueden ser las calificaciones en el área de aprendizaje. La organización jerárquica se da en tres niveles. En la figura 4 se puede observar dicha organización, las dimensiones del primer nivel (las más superficiales, las más inestables) estarían abajo, estas dimensiones primarias se agrupan para dar lugar a dos dimensiones más globales de un nivel superior, formando la dimensión académica y no académica. Estas dos dimensiones que están situadas en un nivel intermedio, a su vez se agrupan dando lugar a la dimensión general del autoconcepto.
De este modelo se puede deducir que cada uno puede tener autoconceptos específicos, unos más positivos que otros, y el resultado último que es el autoconcepto general, en cada sujeto será resultado de unos autoconceptos parciales con valoración diferente.

- ◆ **Estable:** La estabilidad aquí se refiere a la posibilidad de cambio, de modificación de los diferentes elementos que configuran el autoconcepto. De acuerdo con este modelo cuanto más general, es decir cuanto más

arriba esté situado un elemento en el modelo, mayor estabilidad posee. La posibilidad de cambio en el autoconcepto se basa en que a lo largo de la vida, el ser humano atraviesa períodos críticos o momentos especialmente relevantes en los que se le exige que asuma nuevos roles y se ajuste a nuevas demandas.

- ◆ **Aprendido:** El autoconcepto se adquiere y modifica a través de los intercambios y relaciones personales. Es un proceso continuo que no se completa nunca, por lo que en ámbitos educativos este constructo es de gran relevancia.

Figura 3. Estructura del autoconcepto según Shavelson (Tomado de González-Pérez y Criado del Pozo, 2003).



2.2.4.2 Enfoques teóricos entorno al autoconcepto

El autoconcepto ha sido estudiado desde dos importantes posiciones teóricas, que lo describen en función de la mayor o menor influencia del ambiente tanto en el desarrollo como en la evolución del mismo.

Por un lado se encuentran las teorías que pueden ser denominadas como “psicosociales” o “interpersonales” que ponen de relieve la especial importancia que tienen las relaciones que se establecen con el entorno en la formación del propio concepto de uno mismo.

Los principales precursores del enfoque psicosocial son Mead, Sarbin y Wallon (citado por Novel, Lluch, Miguel, 2003). Estos autores señalan la importancia del componente social en el proceso de desarrollo y evolución del autoconcepto, poniendo especial énfasis en las primeras relaciones con las personas significativas y en el proceso de socialización y aprendizaje. El concepto de sí mismo se estudia desde la perspectiva del qué soy yo en relación con los demás y cómo me percibo a mí mismo en dichas relaciones, destacando la influencia del medio sobre la formación de esas percepciones de uno mismo.

Por otro lado las teorías “individualistas” o “intrapersonales”, se centran en el estudio del concepto de sí mismo como tal. Señalan la importancia de los factores personales en la percepción de uno mismo.

Los autores del enfoque individualista no dejan de admitir el papel de los demás en la diferenciación del concepto de sí mismo, pero conceden a este hecho una importancia más limitada. Defienden el carácter individual y personal del ser humano por cuanto que cada persona tiene la capacidad para seleccionar y buscar el equilibrio entre lo que recibe del exterior y lo que ella sostiene o considera, por ello consideran que la autopercepción de cómo es uno mismo es ante todo un proceso interno, aunque no dejan de reconocer la influencia de factores externos o del medio ambiente sobre la persona.

Combs y Snygg son los precursores de este enfoque individual, quienes señalan la preponderancia de las percepciones individuales sobre uno mismo como realidad

básica. El concepto de sí mismo se estudia bajo la perspectiva del quién soy yo (L'Ecuyer, R., 1985).

2.2.4.3 Desarrollo del autoconcepto

El desarrollo del autoconcepto procede de una imagen concreta de uno mismo a una imagen más abstracta. L'Ecuyer (1985) propone seis etapas en el desarrollo o evolución del autoconcepto:

- Emergencia del sí mismo (0 a 2 años)

Se produce en esta etapa del desarrollo la diferenciación entre el yo y los otros y también el desarrollo de la imagen corporal que será la dimensión central en esta etapa. A partir de las múltiples interacciones niño-adulto se propiciará la aparición paulatina de otro tipo de percepciones e imágenes más profundas que se plasmarán más tarde como estima de sí mismo.

- Confirmación de sí mismo (2 a 5 años)

Del sentido vago y escasamente definido del sí mismo en la etapa anterior, se pasa a una fase de afirmación paulatina del sí mismo propiciado por los intercambios con adultos y sobre todo por la interacción más frecuente con otros niños. A los tres años ya se hallan presentes las principales dimensiones del autoconcepto.

- Expansión del sí mismo (5 a 10-12 años)

La iniciación de la etapa escolar supone un conglomerado de experiencias nuevas en el niño: la escuela, los amigos, la familia, etc. son fuente de nuevas exigencias a las que el niño ha de responder, se pone de manifiesto en esta etapa la insuficiencia del sistema perceptual adquirido hasta entonces. En este período se incrementa el número de

autopercepciones e imágenes de sí mismo que influyen en el autoconcepto. Este es un momento del desarrollo del autoconcepto en el que aumentan, se organizan y jerarquizan distintas dimensiones del sí mismo.

- Diferenciación del sí mismo (10-12 a 18-20 años)

La maduración física, las experiencias académicas y el logro de cierta autonomía personal originan una reformulación y diferenciación del sí mismo. Se observa una mayor agudeza en la percepción y aparecen nuevas percepciones más profundas del sí mismo, identificaciones abstractas e ideológicas que constituirán su verdadera identidad pues el adolescente se esforzará en adoptar ciertos criterios como personales. Aquí no sólo se incrementan las percepciones de sí mismo en cantidad, sino también en calidad.

- Madurez del sí mismo (De 20 a 60 años)

En función de las experiencias vividas: éxito o fracaso en el campo laboral, familiar, status logrado, capacidad física, etc. el autoconcepto evoluciona y sufre diferentes reformulaciones a lo largo de la vida, En el sí mismo hasta los 40 ó 45 años se observan tendencias expansivas (interés social). A partir de esta edad esas tendencias son reemplazadas progresivamente por una mayor centralización en procesos interiores.

- El sí mismo en edades avanzadas (60 a más años)

Resulta difícil precisar una descripción del autoconcepto en esta etapa de la vida pero en general, puede afirmarse que se produce una redefinición del propio autoconcepto debido a la repercusión de múltiples factores tales como el envejecimiento, disminución de las capacidades físicas, enfermedad, pérdida de la identidad profesional, pérdida de personas queridas, etc.

2.2.4.4 Dimensiones

Muchos autores realizan diferentes planteamientos acerca de las dimensiones del autoconcepto, en su mayoría los autores se basan en el modelo propuesto por Shavelson y cols. anteriormente mencionado, sin embargo para esta investigación tomaremos el planteamiento que realizan García y Musitu (2001), ya que este está basado en el modelo de Shavelson de 4 dimensiones, pero a su vez agrega una dimensión: el autoconcepto familiar, razón por la cual se optó por este modelo para que el análisis sea más completo.

Ellos mencionan cinco dimensiones básicas del autoconcepto: académica/profesional, social, emocional, familiar y física, que se revisarán a continuación:

➤ Autoconcepto académico/laboral

Se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la calidad de su desempeño, como estudiante o como trabajador. La dimensión se centra en dos aspectos: el primero relativo al sentimiento que se genera en el estudiante o en el trabajador acerca de su actividad a través de sus profesores o superiores (buen alumno, buen trabajador, etc.) y el segundo, referido a cualidades concretas valoradas especialmente en ese contexto (inteligencia, hábito de trabajo, etc.).

➤ Autoconcepto social

Percepción que el sujeto tiene de su competencia en las relaciones sociales. Esta dimensión está integrada por dos aspectos: uno referido a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla o ampliarla y otro, referente a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre).

➤ Autoconcepto emocional

Es la percepción que el sujeto tiene sobre su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. Esta dimensión permite diferenciar dos aspectos: el primero hace referencia a la percepción general sobre el propio estado emocional (me asusto con facilidad, soy nervioso), y el segundo centrado en la autovaloración emocional en situaciones concretas en las que la otra persona es de rango superior (profesor, jefe, etc.). Un autoconcepto emocional alto supone que el sujeto, además de controlar las situaciones y emociones, responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede habitualmente cuando el autoconcepto emocional es bajo.

➤ Autoconcepto familiar

Es la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de esta dimensión se distribuye en dos aspectos. El primero se refiere específicamente a la confianza y el afecto de los padres. El segundo relativo a cuatro variables de la familia y el hogar.

➤ Autoconcepto físico

Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. El autoconcepto alto correlaciona positivamente con percepción de salud y de bienestar, con autocontrol, con rendimiento deportivo, con motivación de logro, al igual que con integración académica y social. El autoconcepto bajo, por su parte, correlaciona negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad, y en menor cuantía, con problemas interpersonales.

2.2.4.5 Funciones del Autoconcepto

El autoconcepto posee funciones básicas, un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento personal, social y profesional, en cambio uno negativo es uno de los signos de disfuncionalidad de la personalidad y del comportamiento. Las funciones que cumple el autoconcepto son las siguientes (González-Pérez y Criado del Pozo, 2003):

- a) Mantiene la consistencia interna entre todas las actitudes que conforman el autoconcepto. Es un sistema unificado y consistente, que permite al individuo interactuar con el medio de forma equilibrada. Es decir, el autoconcepto nos permite sentirnos los mismos a través del tiempo, es por esto que nos da una sensación de continuidad; de lo contrario, si cambiáramos continuamente no nos reconoceríamos. Así, cada nueva experiencia se interpreta a la luz de los esquemas, de las ideas, de las autopercepciones que nos hemos formado de nosotros, y a su vez, cada experiencia ya filtrada se incorpora al sistema, a nuestro autoconcepto.
- b) Es un filtro que interpreta la experiencia de cada uno. Una misma experiencia recibirá diferentes interpretaciones según sea concepto que de sí mismo tenga la persona. El autoconcepto va interpretar la realidad de modo consistente con sus propias percepciones, si las percepciones son positivas, la interpretación de la realidad también lo será; pero si las percepciones son negativas, la interpretación será negativa. Es decir, el significado y el valor de la realidad dependen, en gran parte, de cómo la persona se ve a sí misma.

Si una persona tiene un buen concepto de sí misma en un área determinada aceptará los resultados que estén en la misma dirección y eliminará los que estén en dirección contraria. Y también ocurrirá lo contrario, si una persona tiene un autoconcepto negativo en algún aspecto, aunque los resultados que obtenga sean positivos no los reconocerá como tales o no los tendrá en cuenta y, en cambio, sí atenderá los que estén en la dirección de su autoconcepto.

- c) Facilita satisfacer la necesidad de la autoestima, el autoconcepto permite satisfacer diversas necesidades, pero la que sobresale en importancia, en comparación con otras necesidades es la autoestima ya que es el sentimiento positivo que tenemos hacia nosotros mismos, desprendido de nuestras autopercepciones. La autoestima es una necesidad con independencia del sexo, edad, cultura, etc.
- d) Cumple función mediadora entre el individuo y su entorno. Las informaciones que recibe de los demás se valoran en un sentido u otro según concuerden o no las que previamente el individuo tiene de sí mismo.
- e) Influye en las expectativas, en los niveles de aspiración y en los objetivos que se plantea una persona. El grado del autoconcepto empuja al sujeto a proponerse unas expectativas y objetivos más o menos elevados. Por ejemplo, cuando una persona se ve a sí misma negativamente, espera resultados negativos y un trato poco favorable por parte de los demás.

Para finalizar la revisión del marco teórico se hará una breve acotación de los puntos más relevantes de este.

Se revisó acerca de la diabetes mellitus que es una enfermedad crónica que produce una alteración metabólica caracterizada por hiperglucemia y complicaciones microvasculares y cardiovasculares que aumentan la morbilidad y mortalidad asociadas a la enfermedad y reduce la calidad de vida.

La adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos tiene una gran relevancia ya que esta indica el grado en que los pacientes siguen las indicaciones terapéuticas, ya sean estas de índole médica o psicológica. Existen factores psicológicos que pueden afectar la adherencia al tratamiento, entre los factores que pueden influir tenemos a la Calidad de Vida y el Autoconcepto.

La calidad de Vida es definida por Shumaker, Anderson y Czajkowski (1990) como una satisfacción global con la vida y como un sentimiento general de bienestar personal, esta satisfacción se ve afectada en los pacientes crónicos como los que padecen diabetes mellitus.

Por último, se toca el tema del Autoconcepto, ya que este se torna importante en la diabetes mellitus, puesto que se refiere a la percepción que se tiene de uno mismo, integrando las experiencias propias y la interacción con el medio externo, y en el caso del paciente diabético los cambios que pueda experimentar en los aspectos social, laboral, familiar y físico pueden alterar el concepto que tiene de sí mismo. Todo esto logra de alguna forma que su satisfacción consigo mismo y con la vida tiendan a ser negativas.

2.3 Definición de términos

2.3.1 Diabetes Mellitus: Alteración metabólica que se caracteriza por presentar hiperglucemia y complicaciones microvasculares y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad y reducen la calidad de vida.

2.3.2 Adherencia al tratamiento: Es el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual.

2.3.3 Calidad de Vida: Según la OMS (1998), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

2.3.4 Autoconcepto: Es el conjunto de creencias, actitudes, atributos y valores de sí mismo que el sujeto construye en base a su propia observación, de la interpretación de sus experiencias y de la interacción con factores externos.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

HG: Existen diferencias significativas en la Calidad de Vida y el Autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

2.4.2 Hipótesis Específicas

H1: Existen diferencias significativas en la Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

H2: Existen diferencias significativas en el Autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

H3: Existen diferencias significativas en el Autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

H4: Existen diferencias significativas en el Autoconcepto Académico/Profesional en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

H5: Existen diferencias significativas en el Autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

H6: Existen diferencias significativas en el Autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

H7: Existen diferencias significativas en el Autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

CAPÍTULO III

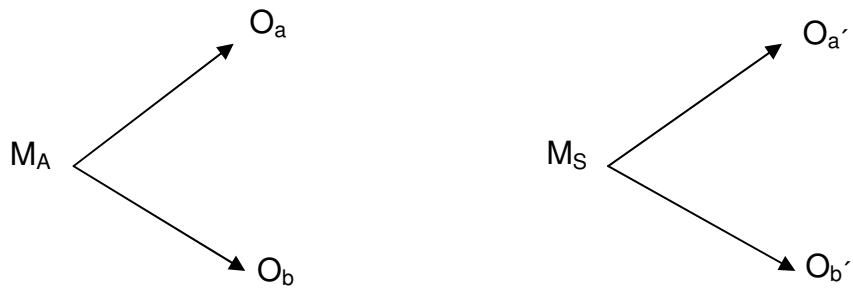
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 Tipo y método de investigación:

El estudio corresponde a una investigación de tipo básica, ya que trata de recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento científico (Sánchez y Reyes, 2009). El método de investigación es descriptivo, que consiste en describir e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos relacionados con otros fenómenos tal como se dan en el presente (Sánchez y Reyes, 2009). El diseño es comparativo, ya que se parte de dos investigaciones descriptivas simples, se recolecta la información relevante en varias muestras con respecto a un mismo aspecto de interés y luego se caracteriza este aspecto en base a la comparación de los datos recogidos (Sánchez y Reyes, 2009).

En el caso de esta investigación se comparará tanto la Calidad de Vida como el Autoconcepto en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

De este modo el esquema se grafica de la siguiente manera (Alarcón, 1991):



$$\begin{array}{ccccc}
 O_a & \approx & & & O_{a'} \\
 & \neq & & & \\
 & = & & & \\
 O_b & \approx & & & O_{b'} \\
 & \neq & & & \\
 & = & & &
 \end{array}$$

Donde:

M_A : Muestra de pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento.

M_S : Muestra de pacientes diabéticos sin adherencia al tratamiento.

O_a : Observación de la variable calidad de vida en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento.

$O_{a'}$: Observación de la variable calidad de vida en pacientes diabéticos sin adherencia al tratamiento.

O_b : Observación de la variable autoconcepto en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento.

$O_{b'}$: Observación de la variable autoconcepto en pacientes diabéticos sin adherencia al tratamiento.

3.2 Población de estudio:

La población de la muestra estuvo conformada por pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que asistían a consulta externa del servicio de endocrinología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.

3.3 Diseño Muestral:

El tipo de muestreo que se utilizó fue de acuerdo a la técnica no probabilística de tipo intencional, ya que formarán parte de la muestra sólo los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que asistan a consulta externa del Hospital Central FAP en el transcurso del mes de abril de este año.

De esta manera la muestra de la investigación está conformada por un total de 56 pacientes con DM2, de los cuales (Tabla 3) presentan adherencia al tratamiento 27 pacientes y 29 no presentan adherencia al tratamiento. En donde los pacientes con Adherencia al tratamiento representan el 48% de la población y los que no tienen adherencia el 52%.

Tabla 3. Composición de la muestra de acuerdo a la Adherencia al tratamiento

	Frecuencia	%
Con Adherencia	27	48
Sin Adherencia	29	52
Total	56	100

En cuanto al sexo (Tabla 4) se puede apreciar que el 21% de la muestra son varones y el 79% son mujeres, siendo la muestra de mujeres en la población de esta investigación la más representativa.

Tabla 4. Composición de la muestra según sexo

	Frecuencia	%
Masculino	12	21
Femenino	44	79
Total	56	100

Por otro lado la muestra estuvo conformada sólo por pacientes adultos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años (Tabla 5).

Tabla 5. Composición de la muestra según edad

	Frecuencia	%
43	1	1,8
44	1	1,8
48	2	3,6
49	1	1,8
53	1	1,8
54	4	7,1
55	1	1,8
56	1	1,8
57	1	1,8
59	2	3,6
60	2	3,6
61	4	7,1
62	3	5,4
63	2	3,6
64	1	1,8
65	1	1,8
67	4	7,1
68	3	5,4
69	1	1,8
71	4	7,1
72	1	1,8

Continuación Tabla 5

73	1	1,8
74	5	8,9
76	2	3,6
79	1	1,8
80	1	1,8
81	1	1,8
82	2	3,6
84	1	1,8
87	1	1,8
Total	56	100

Con el rango de edades encontradas se creyó conveniente clasificar a la muestra en adultos y adultos mayores, con lo cual se puede afirmar que la muestra está conformada por un 48% de adultos con DM2 y un 52% de adultos mayores con DM2 (Tabla 6).

Tabla 6. Composición de la muestra por etapa evolutiva

	Frecuencia	%
Adulto	27	48
Adulto Mayor	29	52
Total	56	100

De acuerdo al estado civil (Tabla7) la muestra estuvo conformada por un 66% de pacientes con DM2 casados, un 21% de pacientes viudos, un 5% de solteros, 4% de pacientes convivientes y un 2% respectivamente de pacientes con DM2 divorciados y separados.

Tabla 7. Composición de la muestra por estado civil

	Frecuencia	%
Soltero	3	5
Casado	37	66
Divorciado	1	2
Viudo	12	21
Conviviente	2	4
Separado	1	2
Total	56	100

Siendo la muestra de pacientes solteros, separados, divorciados y convivientes de un porcentaje bajo, se creyó conveniente realizar una reorganización de clasificación de los pacientes de acuerdo a si tenían pareja o no (Tabla 8), encontrándose un 30 % de pacientes sin pareja y un 70 % de pacientes con pareja.

Tabla 8. Composición de la muestra de acuerdo al estado marital

	Frecuencia	%
Sin pareja	17	30
Con pareja	39	70
Total	56	100

Por último, de acuerdo al tiempo de enfermedad (Tabla 9) se encontró que el 57 % de los pacientes tenían menos de 10 años con DM2 y el 43% de los pacientes tenía más de 10 años con DM2.

Tabla 9. Composición de la muestra por tiempo de enfermedad

	Frecuencia	%
Menos de 10 años	32	57
Más de 10 años	24	43
Total	56	100

3.4 Variables de estudio:

A continuación se señalan las variables estudiadas en la presente investigación:

3.4.1 Variables estudiadas:

- a. Calidad de vida: Para medirla se usó el Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus - DQOL (Anexo B) que consta de cuatro dimensiones: Satisfacción con la vida, el impacto de la diabetes, preocupación social/vocacional y preocupación relativa a la diabetes.
- b. Autoconcepto: Esta variable fue medida con el cuestionario Autoconcepto Forma 5 - AF5 (Anexo C) que posee cinco dimensiones: Autoconcepto académico/laboral, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico.

3.4.2 Variables controladas:

- a. Adhesión al tratamiento: Con adhesión y sin adhesión.
- b. Sexo: Masculino o Femenino.
- c. Edad.
- d. Estado civil.
- e. Tiempo de evolución de enfermedad.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La recolección de datos se hizo mediante una ficha de datos personales “Ficha de Salud” (Anexo A), para recabar la información pertinente del paciente y los datos sobre la Adherencia al Tratamiento y los siguientes instrumentos: el Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus, DQOL-Diabetes Quality of Life (Anexo B) y el cuestionario Autoconcepto Forma 5, AF5 (Anexo C).

3.5.1 Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus

a. Ficha técnica

Nombre Original: Diabetes Quality of Life DQOL.

Nombre: Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus.

Autor: Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)

Traducción y adaptación: Millán, M. M.; Millán, M. D., Anglada, J., Del Pozo, C., Balsells, M., García-Pascual, L. y Reviriego, J.

Propósito: Mide la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes diabéticos.

Administración: Individual o colectiva.

Usuarios: Adolescentes y adultos.

Duración: 15 a 20 minutos aproximadamente.

b. Descripción:

Este cuestionario consta de cuatro dimensiones: Satisfacción con la vida, el impacto de la diabetes, la preocupación social o vocacional y preocupación relativa a la diabetes.

Las preguntas del DQOL se contestan en una escala tipo Lickert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde “muy satisfecho” (1)

hasta “muy insatisfecho” (5). Las escala de impacto se califica desde “nunca” (1) hasta “todo el tiempo” (5). Las escalas de preocupación social o vocacional y preocupación relativa a la diabetes se califican desde “nunca” (1) hasta “todo el tiempo” (5) con la opción de marcar “no se aplica” (0) en caso de que el ítem no se adecue a la situación del paciente.

c. Validez y confiabilidad:

En diversos estudios el DQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0.78 a 0.92 (Robles, Cortázar, Sánchez, Páez y Nicolini, 2003). En lo que respecta a la validez de constructo, se ha probado que el DQOL se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a enfermedad, y con medidas genéricas de calidad de vida. Además se cuenta con evidencia de validez discriminante del DQOL. Las puntuaciones de esta escala se relacionan significativamente con la severidad y número de complicaciones médicas, y con el tipo de tratamiento médico de los pacientes (Robles et al., 2003).

En esta investigación se estableció la validez de contenido a través del criterio de jueces, ésta fue trabajada aplicando el coeficiente V de Aiken a los datos proporcionados por 8 psicólogos con reconocida experiencia y conocimientos en psicología de la salud.

Los resultados obtenidos para los ítemes que componen el Cuestionario DQOL superaron el valor mínimo de 0.80; a partir de dichos datos se puede afirmar que el cuestionario analizado posee validez de contenido dada por el criterio de jueces.

Se analizó la confiabilidad del instrumento mediante el análisis de consistencia interna utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual inicialmente con 44 ítemes era 0.869 ya que los ítemes 36 y 37 fueron eliminados por tener una varianza cero.

Tabla 10. Análisis Psicométrico Inicial del Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus DQOL

	Media	Varianza	RIT	Alfa de Cronbach
1	162,50	318,218	,547	,863
2	162,48	317,418	,577	,862
3	162,07	324,722	,469	,865
4	161,79	330,681	,324	,867
5	162,87	326,766	,253	,868
6	162,71	313,990	,624	,861
7	162,20	326,706	,484	,865
8	162,71	311,590	,551	,862
9	162,25	322,664	,459	,865
10	163,41	324,828	,298	,867
11	162,04	324,290	,485	,865
12	162,43	321,449	,514	,864
13	162,66	313,428	,575	,862
14	162,32	319,095	,501	,864
15	162,04	330,290	,296	,867
16	162,57	319,122	,483	,864
17	162,61	321,152	,401	,865
18	164,46	339,053	-,027	,873
19	163,07	315,049	,618	,861
20	162,62	311,984	,746	,859
21	163,00	317,818	,506	,863
22	162,46	319,126	,504	,863
23	162,91	312,483	,676	,860
24	163,20	314,597	,582	,862
25	162,39	331,734	,146	,870

Continuación Tabla 10

26	162,05	330,052	,304	,867
27	162,29	327,735	,288	,867
28	162,11	326,461	,451	,865
29	163,02	330,818	,177	,869
30	162,20	324,852	,430	,865
31	163,86	342,306	-,106	,875
32	161,87	329,057	,386	,866
33	162,77	320,181	,409	,865
34	163,55	322,797	,376	,866
35	162,02	332,963	,158	,869
38	165,91	350,446	-,238	,882
39	162,73	331,072	,075	,876
40	166,41	342,246	-,124	,873
41	163,52	318,072	,279	,870
42	162,30	330,033	,255	,868
43	162,80	325,106	,288	,868
44	162,68	322,077	,392	,865
45	163,64	323,579	,307	,867
46	161,82	332,913	,174	,869

Con la muestra de 56 pacientes adultos con DM2 se realizó el análisis respectivo tomando como criterio el valor mínimo esperado de 0.20 para la correlación ítem-test. Como se puede apreciar (Tabla 10) las correlaciones ítem-test del Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus DQOL fluctúan entre -0.23 y 0.67; haciendo el análisis respectivo de cada uno de los ítems se eliminaron aquellos que no cumplían con el criterio del valor mínimo y además lograron algún cambio positivo para el coeficiente Alfa de Cronbach. Con lo cual los ítems que fueron descartados en este análisis fueron: ítem 15, 25, 31, 35, 38, 39 y 40.

Se procedió a realizar el análisis de confiabilidad con los 37 elementos seleccionados quedando finalmente las correlaciones ítem-test que se muestran en la tabla 11, lo que lanzó un Alfa de Cronbach de 0.904 lo que hace afirmar que el Cuestionario DQOL permite obtener puntuaciones confiables.

Tabla 11. Análisis Psicométrico del Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus DQOL

	Media	Varianza	RIT	Alfa de Cronbach
1	144,16	313,701	,544	,900
2	144,14	312,306	,591	,899
3	143,73	319,363	,493	,901
4	143,45	325,815	,330	,903
5	144,54	322,253	,249	,905
6	144,38	308,711	,643	,898
7	143,86	322,125	,479	,902
8	144,38	307,402	,542	,900
9	143,91	317,974	,460	,901
10	145,07	318,977	,325	,903
11	143,70	319,924	,474	,901
12	144,09	317,392	,495	,901
13	144,32	308,149	,592	,899
14	143,98	313,618	,524	,900
16	143,70	325,452	,300	,903
17	144,23	314,654	,478	,901
18	144,27	315,145	,435	,902
19	144,73	310,018	,630	,899
20	144,29	306,499	,773	,897
21	144,66	314,519	,471	,901

Continuación Tabla 11

22	144,13	314,220	,511	,900
23	144,57	307,631	,684	,898
24	144,86	310,925	,557	,900
26	143,71	326,062	,277	,903
27	143,95	323,433	,277	,904
28	143,77	321,818	,449	,902
29	144,68	325,313	,197	,905
30	143,86	320,597	,416	,902
32	143,54	324,290	,388	,902
33	144,43	314,177	,442	,901
34	145,21	316,935	,407	,902
41	145,18	315,313	,248	,908
42	143,96	324,944	,266	,904
43	144,46	318,217	,341	,903
44	144,34	315,756	,435	,902
45	145,30	318,506	,316	,904
46	143,48	327,345	,201	,904
Alfa de Cronbach = .904				

3.5.2 Autoconcepto Forma 5

a. Ficha Técnica

Nombre: Autoconcepto Forma 5 (AF5).

Autores: García, F., y Musitu, G.

Tipificación: García, F., y Musitu, G.

Administración: Individual o colectiva.

Duración: 15 minutos, aproximadamente, incluyendo la aplicación y corrección.

Aplicación: Alumnos de 5º y 6º de EPO, ESO, Bachiller, universitarios y adultos no escolarizados en el momento de la aplicación.

Baremación: Muestras escolares y adultos no escolarizados en el momento de la aplicación.

b. Descripción:

Esta prueba es una versión ampliada y actualizada de otra ya existente, el autoconcepto Forma A o AFA. El cuestionario está compuesto por 30 elementos y evalúa el autoconcepto presente en el sujeto en su contexto social, académico/profesional, emocional, familiar y físico.

Autoconcepto académico/laboral: La dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o el trabajador tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores o superiores y, el segundo, se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto. Esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, el rendimiento académico/laboral, la calidad de la ejecución del trabajo, la aceptación y estima de los compañeros, el liderazgo y la responsabilidad; y, negativamente, con el absentismo académico/laboral y el conflicto (García y Musitu, 2001). En niños y adolescentes, el autoconcepto académico también correlaciona positivamente con los estilos parentales de inducción, afecto y apoyo; y, negativamente, con los de coerción, indiferencia y negligencia (García y Musitu, 2001).

Autoconcepto social: Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla; el segundo eje, se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre). El autoconcepto social correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, con el bienestar psicosocial, con el rendimiento académico y laboral, con la estima de profesores y superiores, con la aceptación y estima de compañeros, con la conducta prosocial y con los valores universalistas; y, negativamente, con los

comportamientos disruptivos, la agresividad y la sintomatología depresiva (García y Musitu, 2001). En niños y adolescentes, esta dimensión está relacionada muy positivamente con las prácticas de socialización parental de afecto, comprensión y apoyo; y negativamente, con la coerción, la negligencia y la indiferencia (García y Musitu, 2001).

Autoconcepto emocional: El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional y la segunda a situaciones más específicas donde la otra persona implicada es de un rango superior (profesor, director, etc.). Un autoconcepto emocional alto significa que el sujeto tiene control de las situaciones y emociones, que responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede, normalmente, con un autoconcepto bajo. El autoconcepto emocional correlaciona positivamente con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales; y, negativamente, con la sintomatología depresiva, con la ansiedad, con el consumo de alcohol y cigarrillos, y con la pobre integración social en el aula y en el ámbito laboral (García y Musitu, 2001). En niños y adolescentes, esta dimensión correlaciona positivamente con las prácticas parentales de afecto, comprensión, inducción y apoyo, mientras que lo hace negativamente con la coerción verbal y física, la indiferencia, la negligencia y los malos tratos (García y Musitu, 2001).

Autoconcepto familiar: Este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere a los padres en dos dominios importantes como son: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar. Este factor, que es uno de los más importantes del autoconcepto, correlaciona positivamente con el rendimiento escolar y laboral, con el ajuste psicosocial, con el sentimiento del bienestar; con la integración escolar y laboral, con la conducta prosocial, con valores universalistas, y con la percepción de salud física y mental. También correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva, la ansiedad y el consumo de drogas (García y Musitu, 2001). En niños y adolescentes el autoconcepto familiar se relaciona positivamente con los estilos

parentales de afecto, comprensión y apoyo; y, negativamente con la coerción, violencia, indiferencia y negligencia (García y Musitu, 2001).

Autoconcepto físico: El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social. El segundo hace referencia al aspecto físico, atracción, gustarse, etc. Un autoconcepto físico alto significa que se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo. El autoconcepto físico correlaciona positivamente con la percepción de salud, con el autocontrol, con la percepción de bienestar, con el rendimiento deportivo, con la motivación de logro y con la integración social y escolar (García y Musitu, 2001). Asimismo, el autoconcepto físico correlaciona negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad y, en menor grado, con la presencia de problemas con los iguales (García y Musitu, 2001).

c. Validez y confiabilidad:

En el Cuestionario AF5 en las muestras originales se obtuvo un coeficiente de Cronbach de 0,815. Los coeficientes de fiabilidad por componentes fueron: 0,8808 Autoconcepto Académico Laboral; 0,6980 Autoconcepto Social; 0,7316 Autoconcepto Emocional; 0,7694 Autoconcepto Familiar y 0,7448 Autoconcepto Físico.

Para obtener dichos resultados los autores aplicaron el análisis factorial para contrastar empíricamente la validez teórica de los cinco componentes. Todos los ítems saturan en la dimensión asignada con puntuaciones superiores a 0,5, a excepción del ítem 22 (0,420) y del 15 (0,492), lo que indica que las garantías de replicación de la misma estructura factorial con otras muestras son muy altas (García y Musitu, 2001).

Pese a que la estructura factorial obtenida es muy nítida, confirmando satisfactoriamente las dimensiones teóricas, los componentes explican el 51% de la varianza total y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,815. En el análisis detallado por subescalas se comprueba que la dimensión Académico/laboral explica la mayor proporción de varianza (18,7%) y tiene, también, el mayor índice de consistencia interna (0,88). En las otras cuatro dimensiones, la consistencia interna de cada subescala resulta inferior a la que se obtiene en conjunto con los 30 ítemes del instrumento. La menor consistencia interna de las 5 subescalas corresponde a la dimensión Social, que es de 0,70, aunque la proporción de varianza explicada es del 10,2% la segunda en orden de importancia.

Las cinco dimensiones tienen intercorrelaciones entre 0,001 y 0,322. El componente Emocional es prácticamente independiente del Académico/laboral y es la que tiene la correlación más baja con el total de la escala (García y Musitu, 2001).

En esta investigación se hizo el análisis psicométrico respectivo para hallar la validez y confiabilidad del Cuestionario AF5.

La validez de contenido se estableció a través del criterio de jueces, ésta fue trabajada aplicando el coeficiente V de Aiken a los datos proporcionados por 8 psicólogos con reconocida experiencia y conocimientos en psicología de la salud.

Los resultados obtenidos para los ítemes que componen el Cuestionario AF5 superaron el valor mínimo de 0.80; a partir de dichos datos se puede afirmar que este cuestionario posee una adecuada validez de contenido dada por el criterio de jueces.

En el análisis de la confiabilidad mediante la consistencia interna dio como resultado un coeficiente alfa de Cronbach de 0.872 que indica que las puntuaciones que se obtienen con este cuestionario son confiables. También se observa (Tabla 12) que las correlaciones ítem-test fluctúan entre 0.204 y 0.634, sobrepasando el criterio de 0.20, lo cual permite afirmar que los ítemes del cuestionario son consistentes.

Tabla 12. Análisis Psicométrico del Cuestionario de Autoconcepto AF5

	Media	Varianza	RIT	Alfa de Cronbach
1	2085,05	94878,633	,291	,871
2	2092,14	89627,034	,595	,863
3	2101,64	95682,452	,204	,874
4	2102,13	93844,766	,266	,873
5	2092,14	92795,797	,517	,866
6	2082,07	94482,758	,472	,868
7	2085,61	92804,352	,552	,866
8	2102,77	93818,654	,330	,871
9	2083,93	92277,377	,597	,865
10	2113,88	88075,893	,493	,867
11	2099,25	94867,282	,233	,874
12	2091,98	90960,963	,496	,866
13	2098,64	92563,616	,366	,870
14	2080,86	93091,652	,443	,868
15	2094,25	96442,009	,206	,873
16	2081,32	97375,022	,299	,871
17	2087,52	93408,254	,528	,866
18	2092,61	95057,188	,222	,874
19	2085,84	92608,174	,491	,867
20	2088,59	91690,719	,634	,864
21	2081,11	96093,043	,431	,869
22	2097,21	90706,026	,430	,868
23	2090,77	91435,018	,480	,867
24	2082,91	94151,501	,440	,868
25	2111,05	92654,415	,348	,871

Continuación Tabla 12

26	2084,95	93799,397	,542	,867
27	2099,11	91526,316	,511	,866
28	2091,11	93232,206	,428	,868
29	2079,23	95240,436	,430	,869
30	2090,64	95321,543	,359	,870
Alfa de Cronbach = .872				

3.6 Procedimientos para la recolección de datos:

Para obtener los datos se inició con el llenado de la “Ficha de salud” en donde se recababan los datos personales de los pacientes, así como también datos relevantes para los fines de la investigación como el tiempo de evolución de la enfermedad, su adherencia o no al tratamiento, etc. A su vez fueron aplicados los dos cuestionarios el mismo día, debido a que el tiempo de aplicación de los cuestionarios era breve y además al ser los pacientes de consulta externa, era muy probable que no se les volviera a ver en otra ocasión.

Luego se realizó la corrección manual de ambas pruebas evaluadas y se procedió a crear la base de datos con las puntuaciones que obtenían cada uno de los pacientes en los cuestionarios, y por último se realizó el análisis estadístico correspondiente.

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Para el procesamiento de los datos obtenidos y el análisis estadístico respectivo se utilizó el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 19 (SPSS 19).

Para esta investigación se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

- Se realizó el análisis psicométrico del Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus, DQOL y del Cuestionario Autoconcepto Forma 5, AF5; determinando para cada cuestionario el análisis de ítemes, su confiabilidad y validez.
- Se hizo uso de la prueba de Kolmogorov-Smirnov como procedimiento de ajuste de bondad para contrastar si la distribución de las variables se ajustan a una determinada distribución teórica de probabilidad.
- Para la contrastación de las hipótesis se usó la Prueba U de Mann-Whitney para realizar las comparaciones de las dos variables de la investigación entre los dos grupos estudiados a partir de las puntuaciones obtenidas en la muestra.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivos:

A continuación se presentaran los resultados descriptivos de las variables medidas, de acuerdo a la adherencia, en donde se incluye la media y desviación típica.

Tabla 13. Estadísticas descriptivas de la Calidad de Vida y el autoconcepto

Variables	Con Adherencia N=27		Sin Adherencia N=29	
	Media	Desviación Típ.	Media	Desviación Típ.
Calidad de Vida	162,19	11,115	135,28	13,427
Autoconcepto	2338,26	143,217	2001,38	289,432

En la tabla 13 se observa que la Calidad de Vida tiene como media el valor de 162.19 en pacientes con adherencia y 135.28 en pacientes sin adherencia, con desviaciones de 11.115 y 13.427 respectivamente. El Autoconcepto 2338.26 en adherentes y 2001.38 en no adherentes, con desviaciones de 143.217 y 289.432 respectivamente.

En la tabla 14 se pueden observar las medias de las dimensiones del autoconcepto. En pacientes adherentes los valores son: 486,11 en Autoconcepto

Académico/ profesional, 458,30 en Autoconcepto Social, 428,41 en Autoconcepto Emocional, 518,33 en Autoconcepto Familiar y 447,11 en Autoconcepto Físico. En pacientes no adherentes los valores son: 453,21 en Autoconcepto Académico/ profesional, 402,21 en Autoconcepto Social, 383,76 en Autoconcepto Emocional, 421,0 en Autoconcepto Familiar y 341,21 en Autoconcepto Físico.

Tabla 14. Estadísticas descriptivas de las dimensiones del autoconcepto

Variables	Con Adherencia N=27		Sin Adherencia N=29	
	Media	DE.	Media	DE.
Autoconcepto Académico/ profesional	486,11	74,505	453,21	56,187
Autoconcepto Social	458,30	89,978	402,21	109,138
Autoconcepto Emocional	428,41	107,060	383,76	104,844
Autoconcepto Familiar	518,33	53,911	421,00	93,447
Autoconcepto Físico	447,11	69,900	341,21	81,332

Se realizó el análisis de la bondad de ajuste a la curva normal mediante la prueba de Kolmogorov – Smirnov para ambos cuestionarios. Se obtuvieron que las distribuciones de los puntajes en cuanto a Autoconcepto, Autoconcepto emocional y Autoconcepto Familiar presentan diferencias significativas por lo que no se aproximan a la distribución normal, y las distribuciones de Calidad de vida, Autoconcepto social, académico/profesional y físico no presentan diferencias significativas y se aproximan a la distribución normal.

Tabla 15. Análisis de Ajuste de bondad de los puntajes de Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus - DQOL y del Cuestionario

Autoconcepto Forma 5 - AF5

	K-S
Calidad de Vida	0.200
Autoconcepto	0.010

Continuación Tabla 15

Autoconcepto académico/profesional	0.200
Autoconcepto Social	0.200
Autoconcepto Emocional	0.040
Autoconcepto Familiar	0.065
Autoconcepto Físico	0.200

$p < .05$ $n=56$

Dados los resultados alcanzados se tomo la decisión de utilizar estadísticos no paramétricos en el análisis de los datos de la investigación, de modo que se utilizará la Prueba U de Mann-Whitney.

4.2 Contrastación de hipótesis:

En lo que respecta a la primera hipótesis que plantea diferencias significativas en la Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, los resultados indican (Tabla 16) que existe diferencias estadísticamente significativas en la Calidad de Vida de los pacientes con DM2, entre los que tienen Adherencia al tratamiento y los que no tienen adherencia ($Z = -5.82$, $p < .05$), con lo cual se acepta la hipótesis 1.

Tabla 16. Análisis comparativo de la Calidad de Vida según la adherencia al tratamiento

Variable	Con Adherencia		Sin Adherencia		U de Mann-Whitney	Z	Sig.
	N=27		N=29				
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Calidad de Vida	41.63	1124.00	16.28	472.00	37.00	-5.82	.000

$p < .05$ $n = 56$

Con respecto a la hipótesis específica 2 que señala que existen diferencias significativas en el Autoconcepto en la muestra de acuerdo a la adherencia o no al tratamiento, los resultados (Tabla 17) muestran que existe diferencias significativas en el Autoconcepto ($Z = -4.32$, $p < .05$), observándose que los pacientes con adherencia al tratamiento obtienen puntajes más elevados respecto a los que no tienen adherencia al tratamiento, con lo cual se comprueba la hipótesis 2.

Tabla 17. Análisis comparativo del Autoconcepto según la adherencia al tratamiento

Variable	Con Adherencia		Sin Adherencia		U de Mann-Whitney	Z	Sig.
	N=27		N=29				
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Autoconcepto	38.26	1033.00	19.41	563.00	128.00	-4.32	.000

$p < .05$ $n = 56$

La tercera hipótesis propone que existen diferencias significativas en el Autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, en los resultados (Tabla 18) se encontró que existe diferencias significativas en el Autoconcepto social ($Z = -2.04$, $p < .05$), observándose que los pacientes con adherencia al tratamiento obtienen puntajes a favor respecto a los que no tienen adherencia al tratamiento, con lo cual se acepta la hipótesis 3.

Tabla 18. Análisis comparativo del Autoconcepto social según la adherencia al tratamiento

Variable	Con Adherencia		Sin Adherencia		U de Mann-Whitney	Z	Sig.
	N=27		N=29				
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Autoconcepto social	33.11	894.00	24.21	702.00	267.00	-2.04	.041

$p < .05$ $n = 56$

La hipótesis específica 4 refiere que existen diferencias significativas en el Autoconcepto Académico/Profesional en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, los resultados obtenidos (Tabla 19) permiten decir que existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto académico/profesional ($Z = -2.19$, $p < .05$), con lo cual se acepta la hipótesis 4.

Tabla 19. Análisis comparativo del Autoconcepto Académico/Profesional según la adherencia al tratamiento

Variable	Con Adherencia		Sin Adherencia		U de Mann-Whitney	Z	Sig.
	N=27		N=29				
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Autoconcepto Académico /profesional	33.44	903.00	23.90	693.00	258.00	-2.19	.029

$p < .05$ $n = 56$

La quinta hipótesis plantea que existen diferencias significativas en el Autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, en el análisis de los resultados (Tabla 20) se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto emocional ($Z = -1.79$, $p < .05$), sin embargo podemos apreciar que los pacientes con adherencia al tratamiento, en esta dimensión poseen puntajes mayores a los pacientes sin adherencia al tratamiento.

Tabla 20. Análisis comparativo del Autoconcepto emocional según la adherencia al tratamiento

Variable	Con Adherencia		Sin Adherencia		U de Mann-Whitney	Z	Sig.
	N=27		N=29				
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Autoconcepto Emocional	32.56	879.00	24.72	717.00	282.00	-1.79	.072

$p < .05$ $n = 56$

La hipótesis 6 señala que existen diferencias significativas en el Autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, los resultados obtenidos (Tabla 21) permiten decir que si existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto familiar ($Z = -4.38$, $p < .05$), entre los pacientes con DM2 con adherencia al tratamiento y los pacientes sin adherencia al tratamiento, siendo los primeros los que obtienen puntajes mayores.

Tabla 21. Análisis comparativo del Autoconcepto familiar según la adherencia al tratamiento

Variable	Con Adherencia		Sin Adherencia		U de Mann-Whitney	Z	Sig.
	N=27		N=29				
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Autoconcepto Familiar	38.39	1036.50	19.29	559.50	124.50	-4.38	.000

$p < .05$ $n = 56$

Por último, con respecto a la hipótesis 7 que propone que existen diferencias significativas en el Autoconcepto físico ($Z = -4.47$, $p < .05$) en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, los resultados (Tabla 22) muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en esta variable obteniendo los puntajes más altos los pacientes con DM con adherencia al tratamiento, con lo cual se puede aceptar la hipótesis específica 7.

Tabla 22. Análisis comparativo del Autoconcepto físico según la adherencia al tratamiento

Variable	Con Adherencia		Sin Adherencia		U de Mann-Whitney	Z	Sig.
	N=27		N=29				
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Autoconcepto Físico	38.59	1042.00	19.10	554.00	119.00	-4.47	.000

$p < .05$ $n = 56$

4.3 Análisis complementario:

Con respecto a las variables estudiadas se analizó también las correlaciones entre la Calidad de vida y las dimensiones del autoconcepto, tanto para los pacientes con DM2 con adherencia como para los pacientes sin adherencia.

Como se observa en la Tabla 23, primero se analizaron las dimensiones del autoconcepto y la Calidad de Vida en los pacientes con DM2 con Adherencia al tratamiento.

En este análisis se encontró que en el caso de los pacientes con DM2 con adherencia al tratamiento sólo el autoconcepto familiar presenta una correlación estadísticamente positiva ($r = 0.41$, $p < 0.05$) con la Calidad de vida.

Tabla 23. Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto en pacientes con DM2 con Adherencia al tratamiento

		Calidad de Vida
Autoconcepto Social	Rho	,041
	Sig.	,840
Autoconcepto Académico/profesional	Rho	,241
	Sig.	,225
Autoconcepto Emocional	Rho	-,037
	Sig.	,856
Autoconcepto Familiar	Rho	,415*
	Sig.	,032
Autoconcepto Físico	Rho	,338
	Sig.	,084

* $p < .05$ $n = 27$

Por otro lado en los pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento, se encontró que el autoconcepto social ($r = 0.41$, $p < 0.05$) y el autoconcepto familiar ($r = 0.46$, $p < 0.05$) presentan una correlación significativa positiva media con la Calidad de vida. Las otras 3 dimensiones del autoconcepto no presentan correlaciones estadísticamente significativas.

Tabla 24. Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto en pacientes con DM2 sin Adherencia al tratamiento

		Calidad de Vida
Autoconcepto Social	Rho	,419*
	Sig.	,024
Autoconcepto Académico/profesional	Rho	,059
	Sig.	,761
Autoconcepto Emocional	Rho	,256
	Sig.	,180
Autoconcepto Familiar	Rho	,466*
	Sig.	,011
Autoconcepto Físico	Rho	,066
	Sig.	,732

* $p < .05$ $n = 29$

Se realizó también un análisis de las correlaciones entre las dimensiones del autoconcepto y las dimensiones de la calidad de vida se encontró que:

Como se observa en la Tabla 25, se analizaron las dimensiones del autoconcepto y las dimensiones de la Calidad de Vida en los pacientes con DM2 con Adherencia al tratamiento.

La dimensión de la Calidad de Vida, Satisfacción, correlaciona positivamente con el Autoconcepto familiar ($r = 0.49$, $p < 0.01$). En las demás dimensiones no se encontraron correlaciones significativas para los pacientes con DM2 con adherencia al tratamiento.

Tabla 25. Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las dimensiones de la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto en pacientes con Adherencia al tratamiento

		Calidad de Vida			
		Satisfacción	Impacto	Preocupación social	Preocupación por la DM
Autoconcepto Social	Rho	-,053	,176	-,031	,157
	Sig.	,793	,380	,877	,435
Autoconcepto académico/ profesional	Rho	,262	,323	-,017	-,043
	Sig.	,187	,101	,932	,831
Autoconcepto Emocional	Rho	-,089	,047	-,281	,273
	Sig.	,658	,817	,156	,169
Autoconcepto Familiar	Rho	,495**	,190	,127	,276
	Sig.	,009	,342	,528	,163
Autoconcepto Físico	Rho	,334	,351	-,074	,008
	Sig.	,088	,072	,714	,970

** $p < .01$ $n = 27$

Por otro lado, se puede observar la matriz de correlaciones de las dimensiones de la Calidad de Vida y el Autoconcepto en los pacientes con DM2 Sin adherencia al tratamiento (Tabla 26).

Los resultados indican que la dimensión Satisfacción de la Calidad de Vida presenta una correlación positiva media con el Autoconcepto social ($r = 0.38$, $p < 0.05$) y con el Autoconcepto Familiar ($r = 0.41$, $p < 0.05$) en los pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento.

La dimensión Impacto de la Calidad de Vida correlaciona positivamente con el Autoconcepto Familiar ($r = 0.38$, $p < 0.05$).

Por último la dimensión Preocupación por la DM de la Calidad de Vida, presenta una correlación negativa media con el Autoconcepto Físico ($r = -0.38$, $p < 0.05$), lo que significa que a menor Autoconcepto Físico mayor preocupación por complicaciones futuras de la DM.

En las demás dimensiones del Autoconcepto y la Calidad de Vida no se presentan correlaciones significativas.

Tabla 26. Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las dimensiones de la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto en pacientes Sin Adherencia al tratamiento

		Calidad de Vida			
		Satisfacción	Impacto	Preocupación social	Preocupación por la DM
Autoconcepto Social	Rho	,388*	,357	-,058	-,122
	Sig.	,038	,058	,764	,529
Autoconcepto académico/ profesional	Rho	,353	-,025	-,323	-,339
	Sig.	,060	,898	,087	,072
Autoconcepto Emocional	Rho	,207	,133	,043	,203
	Sig.	,281	,492	,826	,292
Autoconcepto Familiar	Rho	,416*	,387*	,099	,052
	Sig.	,025	,038	,611	,787
Autoconcepto Físico	Rho	,074	,063	-,126	-,385*
	Sig.	,704	,746	,516	,039

* $p < .05$ $n = 29$

Finalmente, para terminar con el análisis complementario, se realizó la comparación de las variables de acuerdo al sexo, la edad y el tiempo de enfermedad de los pacientes con DM2.

De acuerdo al sexo de los pacientes (Tabla 27), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, no obstante se podría decir que en cuanto al Autoconcepto se puede observar una mayor distancia entre los puntajes a favor de los varones.

Tabla 27. Análisis comparativo de la Calidad de Vida y Autoconcepto según sexo

Variables	Masculino N=12		Femenino N=44		U de Mann- Whitney	Z	Sig.
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Calidad de Vida	31.92	383.00	27.57	1213.00	223.00	-.819	.413
Autoconcepto	36.08	433.00	26.43	1163.00	173.00	-1.82	.069

$p < .05$ $n = 56$

En cuanto a la edad, se realizó el análisis comparativo de la Calidad de Vida y Autoconcepto, y los resultados señalan (Tabla 28) que en la Calidad de Vida ($Z = -.394$, $p < .05$) no existen diferencias significativas, pero en el Autoconcepto ($Z = -2.13$, $p < .05$) se puede afirmar que existen diferencias significativas, observando que se encuentran puntajes más elevados a favor de los pacientes con DM2 que son adultos con respecto a los adultos mayores.

Tabla 28. Análisis comparativo de la Calidad de Vida y Autoconcepto según edad

Variables	Adulto N=27		Adulto Mayor N=29		U de Mann- Whitney	Z	Sig.
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Calidad de Vida	29.39	793.50	27.67	802.50	367.50	-.394	.694
Autoconcepto	33.31	899.50	24.02	696.50	261.50	-2.13	.033

$p < .05$ $n = 56$

Por último, en cuanto al tiempo de enfermedad, se comparó la Calidad de Vida y el Autoconcepto entre los pacientes que tienen menos de 10 años de enfermedad y los pacientes que tienen más de 10 años de enfermedad (Tabla 29); los resultados indican que no existen diferencias significativas.

Tabla 29. Análisis comparativo de la Calidad de Vida y Autoconcepto según el tiempo de enfermedad

Variables	Menos de 10 años N=32		Más de 10 años N=24		U de Mann- Whitney	Z	Sig.
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos			
Calidad de Vida	27.36	875.50	30.02	720.50	347.50	-.605	.545
Autoconcepto	28.86	923.50	28.02	672.50	372.50	-.190	.849

p < .05 n = 56

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión de resultados:

Al realizar el análisis de los resultados de acuerdo con el planteamiento de la investigación y los objetivos trazados, se hizo el análisis respectivo para contrastar las hipótesis planteadas en esta investigación, en este caso se compararon las variables de estudio entre los pacientes con DM2 con y sin adherencia al tratamiento.

En el análisis comparativo de la Calidad de vida ($Z = -5.82$, $p < .05$) según la adherencia al tratamiento, este permite decir que existen diferencias significativas entre los pacientes con adherencia y los pacientes sin adherencia al tratamiento, siendo los primeros los que obtienen puntajes a favor de los pacientes sin adherencia, lo cual indica que los pacientes con DM2 que se adhieren al tratamiento presentan una mejor percepción de su estado en general y de su mismo tratamiento lo que les facilita el ajuste a su condición. Estos resultados coinciden con la investigación que realizó Molina (2008) que refiere que los pacientes diabéticos que presentaban una regular y buena adhesión al tratamiento tenían mayores niveles de Calidad de Vida que los pacientes que tenían una pobre adherencia al tratamiento. Por otro lado, Pinilla (2007) menciona que cuando el paciente logra una adecuada adherencia a su tratamiento ya sea este

farmacológico o no farmacológico, le permite no solo el alivio de sus síntomas, sino también le proporciona una mayor Calidad de Vida y la habilidad para su buen cuidado personal.

Siguiendo con el análisis comparativo para la contrastación de las hipótesis planteadas, en el caso del Autoconcepto también se hallaron diferencias significativas entre los pacientes con adherencia y sin adherencia al tratamiento ($Z = -4.32$, $p < .05$); siendo los pacientes con adherencia al tratamiento los que poseen puntajes más elevados, lo que indica que los pacientes que tienen adherencia al tratamiento perciben que su desempeño en sus actividades cotidianas, sociales, familiares e incluso físicas y de autocuidado, es el adecuado para poder afrontar y sobrellevar su condición; por lo que se muestran más positivos en su percepción de sí mismos que los pacientes sin adherencia al tratamiento. Una situación similar es la que encuentran Kneckt, Keinänen-Kiukaanniemi, Knuutila, y Syrjälä (2001) quienes señalan que en pacientes con diabetes tipo 1 los niveles altos de autoestima se relacionan con altos niveles de adherencia a regímenes de actividad física y seguimiento de dosis de insulina

Por otro lado, en la dimensión Autoconcepto social ($Z = -2.04$, $p < .05$) se hallaron diferencias significativas entre los pacientes con DM2 con y sin adherencia al tratamiento, siendo los primeros los que obtuvieron mayores puntajes. Esto nos indica que las relaciones interpersonales y la red social que puedan tener estos pacientes puede ayudar a que mejoren su percepción de sí mismos y que sus respuestas a favor de la salud, como lo es el adherirse a su tratamiento, sean más altas. Estos pacientes al sentir que son apoyados y comprendidos socialmente con los diferentes aspectos de su condición, perciben que los esfuerzos que realizan para llevar su tratamiento a cabo no son en vano puesto que no perciben grandes limitaciones en aspectos sociales. Esto concuerda con los estudios de Coffman (2008), Di Matteo (2004) y Lo (1999) quienes mencionan que el apoyo social es una variable que estaría asociada con la adherencia al tratamiento, ya que entregaría al paciente mayores recursos para afrontar su condición y de este modo podría seguir su tratamiento farmacológico y lograr un mejor control de las glicemias.

En la dimensión Autoconcepto Académico/Profesional ($Z = -2.19$, $p < .05$), se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con DM2 con y sin adherencia al tratamiento, obteniendo puntajes a favor los pacientes con adherencia al tratamiento. Estos resultados pueden indicar que los pacientes con DM2 con adherencia al tratamiento al intentar adaptarse a su diagnóstico o al nuevo estilo de vida, a los cuidados que tienen que realizar o a las indicaciones que deben seguir, puede hacer que su percepción de los cambios o repercusiones en su ambiente académico o de trabajo no sean tan negativas y no se sienta tan limitado en dichas actividades, a diferencia de los pacientes sin adherencia al tratamiento, que no realizan un adecuado ajuste a su condición y sus respuestas a favor de la salud son dejadas a un lado, lo que repercute en su desempeño académico o laboral.

Con respecto a la dimensión autoconcepto emocional ($Z = -1.79$, $p < .05$) no se encontraron diferencias significativas en los pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. Esto nos puede indicar que para los pacientes diabéticos evaluados, el hecho de ser o no adherentes a su tratamiento, no ha generado una diferenciación marcada en lo que se refiere a la percepción que tiene de sus respuestas emocionales ante situaciones tensas, tales como hablar con superiores, con el médico o sentirse nervioso con ellos en sus controles. Sin embargo podemos apreciar (Tabla 20) que los pacientes con adherencia al tratamiento, en esta dimensión poseen puntajes mayores a los pacientes sin adherencia al tratamiento, por lo que se cree que en investigaciones posteriores, con muestras más grandes, este punto podría quedar más esclarecido.

En la dimensión autoconcepto familiar ($Z = -4.38$, $p < .05$) se halló que si existen diferencias significativas entre los pacientes con DM2 con adherencia al tratamiento y los pacientes sin adherencia al tratamiento, siendo los primeros los que obtienen puntajes a favor. En este sentido, Amaral (1997) refiere que el soporte y las interacciones familiares influyen en la adhesión al tratamiento del paciente; el autor menciona que la organización e integración en el ambiente familiar y un adecuado apoyo por parte de este, están asociados a una mejor adhesión al tratamiento y una adecuada satisfacción con este. Con ello se puede decir que en los pacientes con DM2 el sentir una mayor participación e integración con su familia y al recibir de esta

confianza y afecto hace que estos pacientes puedan seguir con mayor facilidad su tratamiento. Por otro lado, D'Arrigo, Dávila y Orbegoso (1995) señalan que el soporte familiar que tengan los pacientes con diabetes mellitus es un factor importante para lograr un mejor control de la enfermedad.

Continuando con la contrastación de hipótesis, en la dimensión autoconcepto físico ($Z = -4.47$, $p < .05$) se hallaron diferencias estadísticamente significativas en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, siendo los pacientes adherentes los que obtuvieron puntajes más altos. Estos resultados permiten decir que los pacientes que tienen una percepción saludable de sí mismos, es decir se sienten con energía, físicamente funcionales y físicamente atractivos, sus respuestas para preservar esta sensación de salud se presentarán con mayor frecuencia, por lo que les será más fácil seguir con un tratamiento médico para prevenir o disminuir síntomas, dificultades y cambios físicos relacionados con la diabetes. Lo que concuerda con el estudio de Molina (2008) quien menciona que cuando los pacientes cumplen de manera adecuada con su tratamiento, hace que el diabético de alguna forma pueda controlar su enfermedad, reduciendo los riesgos de padecer complicaciones propias de la enfermedad que afecten su bienestar físico.

En el análisis complementario realizado, se analizó la relación entre la Calidad de Vida y las dimensiones del autoconcepto, tanto en pacientes con adherencia al tratamiento como en pacientes sin adherencia.

Con respecto a los pacientes con adherencia al tratamiento se encontró que la dimensión del autoconcepto familiar presenta una correlación positiva media con la calidad de vida ($r = 0.41$, $p < 0.05$), lo que indica que el soporte familiar y la percepción positiva que se tiene de este, influye en la satisfacción y percepción de bienestar en los pacientes con DM2, siendo para ellos el soporte principal para poder lograr el bienestar general.

En las dimensiones autoconcepto social, académico/profesional, emocional y físico no se hallaron correlaciones significativas con la calidad de vida. Es aquí en donde es importante recordar que cuando los pacientes diabéticos reciben su diagnóstico ello les

implica una nueva vida, en donde tendrán que experimentar nuevas situaciones y desafíos, por lo que en muchas de las situaciones serán susceptibles a los cambios que vayan presentando a lo largo de la evolución de su enfermedad. Sin embargo de acuerdo a los resultados obtenidos se puede interpretar que los pacientes estudiados tanto adherentes como no adherentes se han acostumbrado a las diferentes situaciones relacionadas con la diabetes que se les presentan, y su percepción de las limitaciones en aspectos laborales, físicos, emocionales o sociales no son tan negativas.

Con respecto a los pacientes sin adherencia al tratamiento se encontró que el Autoconcepto social ($r = 0.41$, $p < 0.05$) y el autoconcepto familiar ($r = 0.46$, $p < 0.05$) presentan una correlación positiva media con la Calidad de Vida.

Los resultados con respecto al autoconcepto social podrían indicar que en los pacientes sin adherencia al tratamiento al no tener un buen ajuste a su situación y no seguir las prescripciones médicas, sienten limitaciones en el ámbito social, en aspectos como hacer nuevos amigos o mantener las redes sociales que ya posee, lo que puede hacer que el paciente perciba que los demás no lo aceptan por su condición de diabético.

En cuanto al autoconcepto familiar la correlación es un tanto mayor que en los pacientes con adherencia al tratamiento, lo que podría indicar que en el caso de estos pacientes la percepción que tienen de su participación, integración e implicación con su medio familiar y el soporte que recibe de parte de este es importante también para su Calidad de Vida. Se debe anotar que los pacientes sin adherencia evaluados para esta investigación reportaban que las veces que tomaban sus medicamentos, en la mayoría de los casos era gracias a sus familiares, quienes le hacían recordar.

En las dimensiones autoconcepto académico/profesional, emocional y físico no se hallaron correlaciones significativas, lo que hace presumir que en el caso de los pacientes diabéticos sin adherencia al tratamiento las limitaciones que puedan aparecer en aspectos laborales, emocionales o físicos no generan dentro de su percepción, un gran impacto en su Calidad de vida, puesto que según los datos de esta investigación el soporte familiar y social son considerados por estos pacientes como el centro de su bienestar general.

Siguiendo con el análisis complementario realizado, se analizó la relación entre las dimensiones de la Calidad de Vida y las dimensiones del Autoconcepto, tanto en los pacientes con adherencia al tratamiento, como en los pacientes sin adherencia al tratamiento.

En los pacientes con DM2 que presentan adherencia al tratamiento, se encontró que la dimensión Satisfacción de la Calidad de Vida correlaciona positivamente con el Autoconcepto Familiar ($r = 0.49$, $p < 0.01$), lo que puede indicar que el sentirse integrado con la familia, activamente participativo y apoyado por ella influye en la satisfacción del paciente para con su tratamiento, con el tiempo que invierte en cuidarse, y con sus actos en general para con su Diabetes. Esto coincide con el estudio de Correa (2010) que señala que en los pacientes con DM es necesario que la familia esté involucrada con el tratamiento y cuidado del paciente además de brindarle el apoyo y soporte para sobrellevar su enfermedad.

En los pacientes sin adherencia al tratamiento, se halló que la dimensión Satisfacción de la Calidad de Vida presenta una correlación positiva media con el Autoconcepto social ($r = 0.38$, $p < 0.05$) y también con el Autoconcepto Familiar ($r = 0.41$, $p < 0.05$), estos resultados reflejan que las percepciones acerca de tener amistades significativas y de poder mantener y ampliar su red social, así como de la percepción del soporte familiar se encuentran asociadas con la satisfacción de su desempeño en la vida en los pacientes que no poseen adherencia al tratamiento.

Se halló también que la dimensión Impacto de la Calidad de Vida correlaciona positivamente con el Autoconcepto Familiar ($r = 0.38$, $p < 0.05$), resultado que nos da indicadores de que la percepción de la integración familiar y el soporte que este brinda se asocia con el impacto que tendrá la diabetes en los pacientes. Campell (2003) señala que existe buena evidencia de que las intervenciones destinadas a desarrollar las habilidades de interacción positiva de la familia, incluyendo la resolución de conflictos, pueden mejorar los resultados de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

Siguiendo con los pacientes sin adherencia al tratamiento, se halló también que la dimensión Preocupación por complicaciones futuras de la DM, de la Calidad de Vida, presenta una correlación negativa media con el Autoconcepto Físico ($r = -0.38$, $p < 0.05$). Esto nos indica que estos pacientes presentarán un menor autoconcepto físico cuanto mayor sea su preocupación por las complicaciones que pueda tener la DM en su aspecto físico y su sensación de salud en general. En investigaciones similares

con respecto al autoconcepto señalan la importancia del autoconcepto físico, como Roy y Andrews (1991) quienes mencionan que el incremento de la fortaleza muscular y la salud física influye en la percepción de la persona acerca de su propia salud y fuerza, por lo que consideran que si la persona percibe en ella un buen funcionamiento físico, mejorará su percepción de imagen corporal.

Por último, se compararon las variables calidad de vida y autoconcepto de acuerdo al sexo, a la edad y al tiempo de enfermedad.

Con respecto al sexo no se encontraron diferencias significativas entre los varones y las mujeres lo cual indicaría que en el caso de pacientes con DM2 lo que prima es la enfermedad en sí, tanto para su calidad de vida, como para el autoconcepto.

Con respecto a la edad, se compararon a los pacientes con DM2 adultos y los pacientes adultos mayores. Los resultados muestran que en cuanto a la Calidad de Vida no existen diferencias significativas entre los pacientes adultos y adultos mayores, estos resultados coinciden con los de Cárdenas, Pedraza y Lerma (2005) quienes mencionan que en los pacientes con DM2 no hay influencia de la edad en la calidad de vida, junto con otras variables demográficas que tampoco parecen afectar la calidad de vida.

Por otro lado, en la variable Autoconcepto, sí se encontraron diferencias significativas ($Z = -2.13$, $p < .05$) entre los adultos y los adultos mayores, que indica que los adultos mayores tienen una percepción de sí mismo que tiende a ser negativa, no se siente bien con los demás, con sus capacidades y con su aspecto y salud física; lo que coincide con los resultados del estudio de Correa (2010) que estudió el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus en Nicaragua y encontró que los pacientes mayores de 60 años presentaban más de los elementos negativos del autoconcepto ya que reportaban sentirse rechazados por el sexo opuesto, falta de salud, insatisfacción en las relaciones sexuales, sentirse poco atractivos percibían su entorno familiar como conflictivo.

En cuanto al tiempo de enfermedad, no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que tenían menos de 10 años con DM y los que tenían más de 10 años, lo que podría indicar que el tiempo que el paciente tiene la DM no influye en la percepción

de su Calidad de Vida ni su Autoconcepto, datos que concuerdan con lo encontrado por Rubin y Peyrot (1999), ya que ellos no lograron comprobar la asociación existente entre la duración de la enfermedad y la calidad de vida y Jacobson, A., Degroot, M. y Sanson, J. (1994) en su estudio de pacientes con DM tipo 1 y 2 concluyeron que la duración de la enfermedad no influencia la calidad de vida.

5.2. Conclusiones:

Dados los resultados hallados en esta investigación se puede concluir que:

1. Existen diferencias estadísticamente significativas en la Calidad de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento, siendo los pacientes con adherencia al tratamiento los que obtienen mayores puntajes.
2. Existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento, siendo los pacientes con adherencia al tratamiento los que obtienen mayores puntajes.
3. Existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto social en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento, obteniendo mayores puntajes los pacientes con adherencia al tratamiento.
4. Existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto académico/profesional en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento, obteniendo mayores puntajes los pacientes con adherencia al tratamiento.
5. No existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto emocional en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento.

6. Existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto familiar en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento, siendo los pacientes con adherencia al tratamiento los que tienen puntajes a favor.
7. Existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto físico en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento, siendo los pacientes con adherencia al tratamiento los que obtienen mayores puntajes.
8. Realizando el análisis complementario, se realizaron correlaciones entre la Calidad de Vida y las dimensiones del autoconcepto, en donde se encontró que en los pacientes con DM con adherencia al tratamiento la Calidad de Vida correlaciona positivamente con el autoconcepto familiar.
9. En los pacientes con DM sin adherencia al tratamiento la Calidad de Vida correlaciona positivamente tanto con el Autoconcepto social como con el Autoconcepto familiar.
10. Siguiendo con el análisis complementario, en la comparación según el sexo, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres con diabetes mellitus tanto en Calidad de Vida como en Autoconcepto.
11. En la comparación por edad, no se hallaron diferencias significativas en la Calidad de Vida entre los pacientes con DM adultos y los adultos mayores.
12. En el Autoconcepto, haciendo el análisis también de acuerdo a la edad, se hallaron diferencias significativas, teniendo mayores puntajes los pacientes adultos respecto de los adultos mayores.
13. Haciendo la comparación de acuerdo al tiempo de enfermedad, no se encontraron diferencias significativas en la Calidad de Vida ni el Autoconcepto, entre los pacientes con DM que tienen menos de 10 años de enfermedad y los pacientes que tienen más de 10 años de enfermedad.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

1. Es necesario señalar la relevancia del estudio de calidad de vida en los pacientes diabéticos, ya que estos al tener dicha condición deben ajustarse a una nueva forma de vida en la cual tendrán no sólo que seguir regímenes farmacológicos sino también alimenticios y de ejercicios, además de las consecuencias psicológicas y físicas que se les presentarán en la evolución de su enfermedad; y al haber una escasa investigación respecto a este tema en nuestro medio se hace necesario su estudio.

2. Realizar estudios acerca de la adherencia al tratamiento, para poder ampliar y tomar las medidas promotoras de esta, ya que las enfermedades crónicas están incrementándose mundialmente, teniendo como claro ejemplo la prevalencia de la Diabetes Mellitus en nuestro país.

3. Ampliar las investigaciones sobre el autoconcepto al ámbito clínico, ya que se encuentran escasos estudios en nuestro medio sobre este tema.

4. Hacer estudios relacionados con la finalidad de crear programas de intervención para pacientes con Diabetes Mellitus, y que estos posteriormente puedan ser ampliados para distintos ámbitos clínicos.
5. Se cree importante que se estudie el aspecto de la autoeficacia en los pacientes con Diabetes Mellitus así como también en diferentes pacientes crónicos, ya que la capacidad que perciban los pacientes acerca de su éxito para realizar un determinado comportamiento podría promover su adherencia al tratamiento.
6. Por último, el profesional de psicología debe retomar el liderazgo en la investigación e intervención de los ámbitos clínicos, ya que aspectos como la calidad de vida, ansiedad, estrés, etc., están siendo evaluados y tratados por el personal médico y en algunos de los casos la terapéutica no está siendo dirigida por el camino correcto teniendo resultados que podrían ser mucho más satisfactorios para los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA. American Diabetes Association. (2008). Panfleto “*La Diabetes y los números para el 2008*” de la ADA. Disponible en: <http://www.diabetes.org/assets/pdfs/spanish/Datos-2008-spanish.pdf> Mayo 2011.
- AHA Scientific Statement. (1999) Diabetes and Cardiovascular Disease. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*, 100, 1134-1146.
- Aguilar, V. y Morales, F. (1995). Ansiedad y autoconcepto en pacientes embarazadas diabéticas. *Perinatología y Reproducción Humana*. 9 (2), 99-105.
- Altamirano Z. (2008). *Calidad de vida y satisfacción familiar en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Central FAP*. Tesis para optar el grado de Magister. UNMSM. Lima.
- Amaral, A. (1997). *Aspectos psicológicos do doente com diabetes mellitus*. En Ribeiro, J.L. (Ed.), *Actas do 2º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 105-118). Lisboa: ISPA.
- American Diabetes Association (1995a). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 18 (1) 8-32.
- American Diabetes Association (1997). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 21 (1),5-16.
- American Diabetes Asociation (1997a). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 20 (1), 5-19.
- American Diabetes Asociation (1998a). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 21 (1), 23-31.

- Amigo I., Fernández C. y Pérez M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ballesteros, M., Corcoy, R., Riobó, P., Rodríguez, J. y Cano, I. (eds.) (2009) *Manual del residente de endocrinología y nutrición*. SEEN.
- Beaser, R., Garbus, S. y Jacobson, A. (1996): *Diabetes mellitus*. En Spilker, B. (ed.). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. (2 ed.) (983-991). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Blanco, A. (1985). *La calidad de vida: supuestos psicosociales*. En Morales, J., Blanco, A., Huici C. y Fernández J. (Eds.), *Psicología social aplicada* (159-182). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Campbell, TL. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2): 81-263.
- Cárdenas, V., Pedraza, C. y Lerma, C. (2005). Calidad de Vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL*, 8 (3), 351.
- Coffman, M. (2008). Effects of tangible social support and depression on diabetes self-efficacy. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 32-39.
- Correa, J. (2008). *Autoconcepto de la Diabetes Mellitus en pacientes que asisten a la clínica de atención integral en el centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo. Municipio de Granada. Período octubre – diciembre 2008*. Tesis para optar el Título de Master en Salud Pública. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Cuellar, L. (1996): *Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus*. En Del Cañizo, F. y Hawkins, F.: *Diabetes Mellitus. Teoría y práctica* (161-180). Barcelona: Boehringer Mannheim, S.A.
- Cunha, M. (2008) Calidad de vida y diabetes: Variables psico-sociales. *Revista Millenium*, (34) 269-299.

- D'Arrigo, K., Dávila, F. y Orbegoso, F. (1995). *Impacto de un programa de conocimientos sobre diabetes mellitus a los pacientes del Club de diabéticos del Hospital Central de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú- 1994*. Tesis de licenciatura en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- De Weerdt, I.; Visser, A.; Kok, G. y Van Der Veen, E. (1990): Determinants of active self-care behaviour of insulintreated patients with diabetes: implications for diabetes education. *Social Science & Medicine*, 30 (5), 605-615.
- Di Matteo, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta - analysis. *Health Psychology*, 23, 207 - 218.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542 – 575.
- Division of Diabetes Translation. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Centers for Disease Control. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (1991): *The Prevention and Treatment of Complications of Diabetes Mellitus: A Guide for Primary Care Practitioners*. Atlanta –Georgia: Autor.
- Epstein, L. H. y Masek, B. J. (1978): Behavioral control of medicine compliance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 1-9.
- Epstein, S. (1981): *Revisión del concepto de sí mismo. Lecturas de psicología de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Escurra L., Delgado A., Guevara G., Torres M., Quezada R., Morocho J., Rivas G., Santos J. (2005) Relación entre el autoconcepto de las competencias, las metas académicas y el rendimiento en alumnos universitarios de la ciudad de Lima. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM*. 8 (1), 87 – 106.
- Esnaola, I., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de Psicología 2011*, 27(1), 109-

117. Disponible en Internet:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16717018013>

Felce, D. Y Perry, J (1995): Quality of life: It's definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.

Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, M. y Maciá A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Inersio.

Ferrer, V. A. (1995). "Adherencia" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: Conceptos y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología y Salud*, 7(1), 35-61.

Fits, W. (1992). *Manual for the Tenesse Self Concept Scale*. Tenesse: Pergamon.

García, F. y Musitu, G. (2001). *Autoconcepto Forma 5. AF5. Manual*. Madrid: TEA.

García J. (2005). *Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1: el caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife*. Tesis Doctoral. Universidad de la Laguna. España.

Garmendia, F. (2000). Complicaciones agudas de la diabetes mellitus. *Diagnóstico (Perú)*. 39 (2). Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/>

Gerber, K. E. y Nehemkis, A. M. (eds.) (1986): Epilogue: the complex nature of compliance. En: Gerber, K. E. y Nehemkis, A. M. (eds.): *Compliance. The dilemma of the chronically ill*. (226-235). New York: Springer Publishing Company.

Glasgow, R., McCaul, K. y Schafer, L. (1987). Self-care behaviors and glyceimic control in type 1 diabetes. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 399-412.

Glasgow, R., Wilson, W. y McCaul, K. (1985). Regimen adherence: a problematic construct in diabetes research. *Diabetes Care (Editorial)*, 8 (3), 300-301.

González, J., Núñez, J., Porto, A., Santorum, R. y Valle, A. (1990). Autoconcepto: Conceptualización, desarrollo y modelos explicativos. *Magister*, 8, 229-250.

- González-Pérez, J., Criado Del Pozo, M., (2003). *Psicología de la Educación para una Enseñanza Práctica*. Madrid: Editorial CCS.
- Grey, M., Davidson, M., Boland, E. y Tamborlane, W. (2001). Clinical and psychosocial factors associated with achievement of treatment goals in adolescents with diabetes mellitus. *Journal of Adolescent Health* 28, 377-85.
- Grimaldo M. y Aguirre M. (2010). Calidad de vida en estudiantes de una universidad particular de Lima. *Revista de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Federico Villarreal*, 1 (1), 79-86.
- Grimaldo M. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 8 (15) ,17-38. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80115648003>
- Harris M., Flegal K., Cowie C., Eberhardt M., Goldstein D., Little R., Wiedmeyer H. y Byrd-Holt D. (1998). Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Diabetes Care*, 21 (4), 518-24.
- Haynes, R. (1979). Introduction. En: Haynes, R., Taylor, D. y Sackett, D. (eds): *Compliance in Health Care* (pp. 1-7). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hidalgo E. (2005). *Medidas de autocuidado que realizan los pacientes con Diabetes: Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Octubre- Diciembre 2005*. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en enfermería. Facultad de Medicina. Escuela Académica de Enfermería. UNMSM.
- Jacobson, A., Hauser, S., Anderson, B. y Polonsky, W. (1994). *Psychosocial aspects of diabetes*. En Kahn, C. y Weir G. (eds.): *Joslin's Diabetes Mellitus* (13 ed.) (431-450). Philadelphia: Lea y Fegiger.

- Jacobson, A., Degroot, M. y Sanson, J. (1994). The Evaluation of Two Measures of Quality of Life in Patients with Type I and Type II diabetes. *Diabetes Care*, 17, 267-274.
- Johnson, S. (1995). *Insulin-Dependent diabetes mellitus in childhood*. En: Roberts, M.C. (ed.): Handbook of pediatric psychology (2 ed.). (263-285). New York: The Guilford Press
- Johnson, S. (1992). Methodological issues in diabetes research: Measuring adherence. *Diabetes Care*, 15 (11), 1658-1667.
- Knecht, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Knuutila, M. y Syrjälä, A. (2001). Self esteem adherence to diabetes and dental self care regimens. *Journal of Clinical Periodontology*, 28,175–180.
- Lewis, M (1991). *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*. Maryland: Williams & Wilkins.
- La Torre, J. y Beneit P. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.
- Lauro de los Ríos J., Barrios P. y Luzeldy T. (2005). Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. *Revista Médica del Hospital General de México*, 68 (3), 142 – 154.
- Levi, L. y Anderson L. (1980). *La tensión psico-social. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual moderno.
- L´Ecuyer, R. (1985). *El concepto de sí mismo*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Lo, R. (1999). Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 418 - 424.
- Lucas R. (1998). *La versión española del WHOQOL*. Madrid: Ergón.
- Marsh, H. y Shavelson, R. (1985). Self-Concept: Its Multifaceted, Hierarchical Structure. *Educational Psychologist*, 20 (3), 107-122.

- Matalinares M., Arenas C., Dioses A., Muratta R., Pareja C., Díaz G., García C., Diego M. y Chávez J. (2005). Inteligencia emocional y autoconcepto en colegiales de Lima metropolitana. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM*, 8 (2), 41-55.
- Maudsley, H. (1899). *The pathology of mind*. Nueva York: Appleton.
- Mayou, R., Bryan, B. y Turner, R. (1990). Quality of life in non-insulin-dependent diabetes a comparison with insulin-dependent diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 34 (1), 1-11.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Millán, M. M.; Millán, M. D., Anglada, J., Del Pozo, C., Balsells, M., García-Pascual, L. y Reviriego, J. (1996). Traducción y adaptación del cuestionario de calidad de vida del Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) en el Vallés Occidental. *Endocrinología*, 43 (8), 230-235.
- Ministerio de Salud – MINSA (2009). Análisis de situación de salud hospitalaria. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Molina Y. (2008). *Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo: enero-febrero 2008*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM.
- Morrison V., Bennett P. (2008). *Psicología de la salud*. España: Pearson.
- Nelson, E., Conger, B., Douglass, R., Gephart, D., Kirk, J., Page, R., Clark, A., Johnson, K., Stone, K., Wasson, J. y Zubkoff, M. (1983). Functional health status levels of primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 249 (24), 3331-3338.

- Novel G., Lluch M. y Miguel M. (2003). *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Barcelona: Masson.
- OPS/OMS (2006). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 OPS/OMS*. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.htm>
- Pérez, M., Vidal, L. y Villarán, V. (2009). *Estudio exploratorio del autoconcepto en docentes de educación primaria de escuelas públicas de Comas y Puente Piedra*. Lima: Instituto para el Desarrollo y la Innovación Educativa.
- Pinilla, M. (2007). Adhesión al tratamiento psicofarmacológico, consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Imagen y Desarrollo*, 9 (1), 37-49.
- Robles R., Cortázar, J., Sánchez J., Páez, F. y Nicolini, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15 (2), 247-252.
- Rodin, G. (1990). Quality of life in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychotherapy Psychosomatics*, 54, 132-139.
- Rodriguez J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Roy, C. y Andrews, H. (1991). *The Roy adaptation Model: The definitive statement*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Rubin, R. y Peyrot, M. (1999). Quality of Life and Diabetes. *Diabetes Metab Res Ver*, 15 (3), 205-218.
- Rubin, R. y Peyrot, M. (1992). Psychosocial problems and interventions in diabetes: a review of the literature. *Diabetes Care*, 15, 1640-57.
- Sánchez, H. y Reyes C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Editorial Visión Universitaria.
- Saura P. (2002). *La Educación del autoconcepto: cuestiones y propuestas: estrategias, técnicas y actividades para el autoconocimiento, entrenamiento*

en habilidades sociales, desarrollo de expectativas, estilo atribucional, autocontrol. Murcia: Servicio de publicaciones Universidad de Murcia.

Seclén, S. (2000). *La Diabetes Mellitus como problema de salud pública en el Perú*, (2 ed.). Instituto de Gerontología - Universidad Peruana Cayetano Heredia: Editorial New Graft, S.A.

Seclén S., Leey J, Villena A., Herrera B., Menacho J. y Carrasco A. (1999). Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa sierra y selva del Perú. *Acta Médica Peruana*, 17 (1), 8-12.

Shavelson, J., Hubner, J. & Stanton, G. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.

Shumaker, S., Anderson, R., Czajkowski, S. (1990). *Psychological test and scales.* En Spilker, B. (ed.): *Quality of life Assessments in Clinical Trials* (95-113). New York: Raven Press.

Simón M. (1999). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Spilker, B. y Revicki, D. (1996): *Taxonomy of quality of life.* En Spilker, B. (ed.) (2 ed.): *Quality of life and pharmacoeconomics in Clinical Trials* (25-31). Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers.

Spitzer, W. (1987). State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 465-471.

Tebbi, C., Bromberg, C. y Sills, I. (1990). Vocational adjustment and general wellbeing of adults with IDDM. *Diabetes Care*, 13, 98-103.

The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997): Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 20 (7), 1183-1197.

- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1998): Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 21 (1), 5-19.
- Torres, F., Pompa, E., Meza, C., Ancer, L. y González, M. (2010). Relación entre auto concepto y apoyo social en estudiantes universitarios. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 5 (2), 298-307.
- Untiveros Ch., Núñez O, Tapia L. y Tapia G. (2004). Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos. *Revista Médica Herediana*, 15 (1), 19-23.
- Villena J. (1992). Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. *Revista Médica Peruana*, 64, 71-75.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005) Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15 (2), 207-221.
- Yataco, A. (2008). *Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*. Tesis para optar el título de especialista en Salud Mental y Psiquiatría. UNMSM.
- Watkins, D. & Dhawan, N. (1989). Do we need to distinguish the constructs of self-concept and self-esteem? *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 555-562.
- World Health Organization Quality of Life - WHOQOL Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine* , 28 (3), 551-558.
- World Health Organization (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part 1. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

- Anexo A: Ficha de Salud
- Anexo B: Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL)
- Anexo C: Cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5)

Anexo A:
FICHA DE SALUD

Datos generales:

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: (H) (M)

Hospital en el que se atiende: HCFAP () Otros () _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Conviviente Separado/a

Nº de hijos: _____

Información Médica:

Instrucciones: (Marque con un aspa "X" y/o conteste donde sea necesario)

¿Hace qué tiempo fue diagnosticado? 1 mes() 1 año() Más de 1 año() Nº años_____

¿Qué diagnóstico tiene?

() Diabetes Mellitus tipo 1 (Insulino dependiente)

() Diabetes Mellitus tipo 2 (No insulino dependiente)

¿Usted va a hacerse sus controles médicos? SI NO

¿Cada qué tiempo se hace sus controles médicos? _____

¿Cuándo fue su último control? (Especifique fecha) _____

¿Cuánto fue su nivel de glucosa en su último control? _____

¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su diabetes? SI NO

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación? SI NO

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? SI NO

Si alguna vez le cae mal ¿deja de tomarla? SI NO

¿Cuál es el nombre de su médico tratante? _____

Gracias por su colaboración

Anexo B:

Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus - DQOL

Nombres y Apellidos: _____ Sexo: _____ Edad: _____

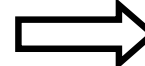
Por favor, lea con cuidado cada pregunta. Indique qué tan satisfecho o insatisfecho está con el aspecto de su vida descrito en la pregunta. **Encierre** el número que mejor describe cómo se siente. *No hay respuestas correctas o incorrectas para estas preguntas.* Nos interesa su opinión.

	<i>Muy satisfecho</i>	<i>Más o menos satisfecho</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Más o menos insatisfecho</i>	<i>Muy insatisfecho</i>
A1. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	1	2	3	4	5
A2. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	1	2	3	4	5
A3. ¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
A4. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?	1	2	3	4	5
A5. ¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta?	1	2	3	4	5
A6. ¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	1	2	3	4	5
A7. ¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes?	1	2	3	4	5
A8. ¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	1	2	3	4	5
A9. ¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	1	2	3	4	5
A10. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
A11. ¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, escuela y sus actividades caseras?	1	2	3	4	5
A12. ¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
A13. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
A14. ¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
A15. ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	1	2	3	4	5

Ahora, indique qué tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos.

	<i>Nunca</i>	<i>Muy poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Todo el tiempo</i>
B1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5
B2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	1	2	3	4	5
B3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?	1	2	3	4	5
B4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
B5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5
B6. ¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches?	1	2	3	4	5
B7. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	1	2	3	4	5

Continúe al reverso



	<i>Nunca</i>	<i>Muy poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Todo el tiempo</i>
B8. ¿Con qué frecuencia se siente bien con usted mismo?	1	2	3	4	5
B9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
B10. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?	1	2	3	4	5
B11. ¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina (ej., una máquina de escribir)?	1	2	3	4	5
B12. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	1	2	3	4	5
B13. ¿Con qué frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes?	1	2	3	4	5
B14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
B15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
B16. ¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	1	2	3	4	5
B17. ¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B18. ¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
B19. ¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B20. ¿Con qué frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina?	1	2	3	4	5

Finalmente, por favor, indique con qué frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Encierre el número que mejor describa sus sentimientos. Si la pregunta no se aplica a usted, circule *No aplicable*.

	<i>Nunca</i>	<i>Poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Siempre</i>	<i>No se aplica</i>
C1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se va a casar?	1	2	3	4	5	0
C2. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
C3. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere?	1	2	3	4	5	0
C4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si le negarán un seguro?	1	2	3	4	5	0
C5. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela?	1	2	3	4	5	0
C6. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si faltará a su trabajo?	1	2	3	4	5	0
C7. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	1	2	3	4	5	0
D1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se desmayará?	1	2	3	4	5	0
D2. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5	0
D3. ¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	1	2	3	4	5	0
D4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

Por favor compruebe que ha contestado todas las preguntas
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo C:

Cuestionario Autoconcepto Forma 5

AF5

Nombre y Apellidos: _____ Sexo: _____ Edad: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Por ejemplo si una frase dice <<La música ayuda al bienestar humano>> y Ud. está muy de acuerdo, contestará con un valor alto, como por ejemplo 94. Vea cómo se anotaría en la Hoja de respuestas.

<<La música ayuda al bienestar humano>>.....

9	4
---	---

Por el contrario, si Ud. está muy poco de acuerdo, elegirá un valor bajo, por ejemplo el 9, y lo anotará en la Hoja de respuestas de siguiente manera:

<<La música ayuda al bienestar humano>>.....

0	9
---	---

No olvide que dispone de muchas opciones de respuesta, en concreto puede elegir entre 99 valores. Escoja el que más se ajuste a su criterio.

RECUERDE, CONTESTE CON LA MÁXIMA SINCERIDAD

PUEDEN VOLVER LA HOJA Y COMENZAR

NOTA: Se han redactado las frases en masculino para facilitar su lectura
Cada persona deberá adaptarlas a su propio sexo.

AF5

CONTESTE DE 1 A 99 EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CADA PREGUNTA

En Desacuerdo: **Valor Bajo (1)**.....Muy de acuerdo: **Valor Alto (99)**

1	Hago bien los trabajos profesionales (escolares).....		
2	Hago fácilmente amigos.....		
3	Tengo miedo de algunas cosas.....		
4	Soy muy criticado en casa.....		
5	Me cuido físicamente.....		
6	Mis superiores (Profesores) me consideran un buen trabajador.....		
7	Soy una persona amigable.....		
8	Muchas cosas me ponen nervioso.....		
9	Me siento feliz en casa.....		
10	Me buscan para realizar actividades deportivas.....		
11	Trabajo mucho en trabajo (clase).....		
12	Es difícil para mí hacer amigos.....		
13	Me asusto con facilidad.....		
14	Mi familia está decepcionada de mí.....		
15	Me considero elegante.....		
16	Mis superiores (Profesores) me estiman.....		
17	Soy una persona alegre.....		
18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.....		
19	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problema.....		
20	Me gusta como soy físicamente.....		
21	Soy un buen trabajador (Estudiantes).....		
22	Me cuesta hablar con desconocidos.....		
23	Me pongo nervioso cuando me pregunta el superior (profesor).....		
24	Mis padres (familia) me dan confianza.....		
25	Soy bueno haciendo deporte.....		
26	Mis superiores (profesores) me consideran inteligente y trabajador.....		
27	Tengo muchos amigos.....		
28	Me siento nervioso.....		
29	Me siento querido por mis padres (familia).....		
30	Soy una persona atractiva.....		

**POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**