

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON
DIABETES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO, 2017”.**

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA

AUTORES:

- Br. ANA MARIA, GUERRERO VERGARAY
- Br. MARIO ANDREE, URIBE CASTILLO

ASESORA:

- Dra. NANCY ESMERALDA, ARTEAGA LUJAN

TRUJILLO – PERÚ
2017

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto, por ofrecer sus valiosos conocimientos y experiencia profesional contribuyendo de forma significativa a mejorar la misma.

Ana y Mario

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer de manera especial y sincera a la profesora Nancy Esmeralda Arteaga Lujan por habernos aceptado como asesora para realizar nuestra tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis sino también en nuestra formación como investigadores. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradecemos también el habernos facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Gracias por su paciencia, dedicación, motivación criterio y aliento. Han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

Ana y Mario

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a dios por darme siempre las fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el sendero de lo sensato y darme sabiduría en las situaciones difíciles.

A mis padres por darme la vida y luchar día a día para lograr escalar y conquistar este peldaño más en la vida, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida.

Tú, quien has sido mi mano derecha durante todo este tiempo junto a nuestra hija, por tu desinteresada ayuda, por echarme una mano cuando siempre la necesite, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre estabas brindándome tu comprensión permitiéndome seguir adelante en la culminación de este trabajo de investigación.

A mi amada hija por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Ana

DEDICATORIA

A mis padres,

Maritza y Ángel, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años de mi carrera gracias ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy es un privilegio ser su hijo, son los mejores padres.

A mi hermano:

Erickson, por su apoyo constante, muestra de apoyo y aliento que me brindo para no darme por vencido y siguiendo adelante para poder cumplir y terminar esta linda carrera.

Mario

SUMARIO

CONTENIDO	Pág.
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
I.- INTRODUCCIÓN.....	01
II.-DISEÑO O TRAYECTORIA METODOLÓGICA	36
III.RESULTADOS	47
IV.-ANÁLISISY DISCUSIÓN	54
V.-CONCLUSIONES	70
VI.-RECOMENDACIONES	71
VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.....	72
ANEXOS	83

“AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2017”

Guerrero Vergaray, Ana María¹
Uribe Castillo, Mario Andree²
Arteaga Lujan, Nancy Esmeralda³

RESUMEN

Investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional, de corte transversal, cuyo objetivo fue establecer la relación entre Autoestima y Calidad de vida en personas con diabetes, en el HRDT. Se consideró los conceptos de autoestima según Coopersmith (1967) y calidad de vida según la OMS (1996). La muestra fue de 124 personas con diabetes. Los instrumentos utilizados fueron: el inventario de autoestima de Coopersmith versión adultos y el cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). Para el análisis de datos se aplicó la prueba estadística gamma, en el programa SPSS versión 24. Los resultados evidenciaron: el 94.4% de personas con diabetes presentaron nivel de autoestima media, 4.8% nivel alto y 0.8% nivel bajo. Sobre las dimensiones de la calidad de vida se encuentra: en la satisfacción con el tratamiento, el 70,2% presentó alto nivel de satisfacción; en el impacto del tratamiento, el 79% presentó bajo nivel de impacto. Para la preocupación social-vocacional, el 96.8% presentó bajo nivel de preocupación y para la dimensión de preocupación relacionada con la diabetes, el 51,6% presento bajo nivel de preocupación. Al correlacionar las variables se comprobó que solo la satisfacción con el tratamiento tiene relación significativa con la autoestima (-p=0.011).

Palabras claves: autoestima, calidad de vida, persona con diabetes.

¹Bachiller, en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. ana_capricornio_16@hotmail.com.

²Bachiller, en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.Hio74@hotmail.com

³Docente asociada del Departamento Académico de Enfermería Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Esmeralda.artea@hotmai.com

"SELF-ESTEEM AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH DIABETES. REGIONAL HOSPITAL TEACHING OF TRUJILLO, 2017"

Guerrero Vergaray, Ana Maria¹.
Uribe Castillo, Mario Andree².
Arteaga Lujan, Nancy Esmeralda³

ABSTRACT

Quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional study aimed at establishing the relationship between self-esteem and quality of life in people with diabetes, in the HRDT. Concepts of self-esteem were considered according to Coopersmith (1967) and quality of life according to WHO (1996). The sample was 124 people with diabetes. The instruments used were the self-esteem inventory of Coopersmith adults version and the questionnaire of specific quality of life for diabetes mellitus (EsDQOL). For the data analysis the gamma statistical test was applied in the SPSS version 24 program. The results showed that 94.4% of people with diabetes had a mean level of self-esteem, 4.8% high level and 0.8% low level. On the assessment of the dimensions of quality of life: in the satisfaction with the treatment, 70.2% presented high level of satisfaction; In the impact of treatment, 79% presented low impact level. For the social-vocational concern, 96.8% presented low level of concern and for the dimension of concern related to diabetes, 51.6% presented low level of concern. When correlating the variables, it was verified that only satisfaction with the treatment is significant related to the self-esteem ($-p = 0.011$).

Key words: Self-esteem, quality of life, person with diabetes.

¹ Bach, in nursing. Faculty of nursing of the National University of Trujillo. ana_capricornio_16@hotmail.com.

² Bach, in nursing. Faculty of nursing of the National University of Trujillo. Hio74@hotmail.com.

³. Main teacher at the academic Department of nursing women and child of the Faculty of nursing of the National University of Trujillo. esmeralda.arteaga@hotmail.com.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionada por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad, tal es así, que, para la Organización Mundial de la Salud, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el año 2030 (OMS, 2016).

Según la Federación internacional de diabetes (FID), 366 millones de personas tenían diabetes en el 2011; para el 2014, un total de 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes; para el 2030, esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes. Las previsiones para las próximas décadas debido al incremento mundial de la obesidad, y la vida sedentaria calculan proporciones pandémicas de diabetes de un 9,9% de la población mundial (551 millones de personas). Para el 2030 se prevé que uno de cada 10 adultos tendrá diabetes (Artola, 2012; FID, 2015).

Actualmente, la prevalencia mundial de la diabetes es de 8,5% en la población adulta, siendo la diabetes tipo 2 la que está aumentando en todos los países del mundo. Sin embargo, aproximadamente 183 millones de personas con diabetes están aún sin diagnosticar (OMS, 2016).

La OPS/OMS estimó que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecían diabetes. Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para el 2030. En América Latina, se calcula que el número de personas con diabetes podría subir de 25 a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del Caribe, este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período (OPS/OMS, 2012).

En el Perú, el estudio PERUDIAB 2012, primer estudio nacional de prevalencia de la diabetes en el Perú, realizado en 1 677 hogares a nivel nacional, representativo de más de 10 millones de adultos de 25 años a más, ha encontrado una prevalencia de 7% de diabetes tipo 2 y 23% de hiperglicemia de ayuno (prediabetes) en la población (Seclen, 2015).

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, 706,775 peruanos mayores de 15 años fueron diagnosticados con diabetes para el 2014, siendo la prevalencia de 3.2%. De ellos el 70.2% recibe tratamiento, y aproximadamente 300,000 no conocen que padecen este mal. En total serían un millón de peruanos afectados (INEI, 2014; MINSA, 2015).

En la región la libertad, unas 54 mil personas tenían diabetes en el año 2013, pero solo la mitad sabía que padecía esta enfermedad, es decir 27 mil personas diabéticos no llevaban el tratamiento adecuado. Para el

año 2016, en establecimientos del MINSA, se registraron 688 casos de personas con diabetes (5,9%) y en establecimientos de EsSalud 429 casos de personas con diabetes (13,9%). Así también, las estadísticas demostraron que en su mayoría las personas con diabetes son mayores de 50 años y frecuentemente son mujeres; las complicaciones más frecuentes son la neuropatía, nefropatía diabética, pie diabético sin amputación y retinopatía no proliferativa tanto para establecimientos del MINSA como de EsSalud (Huamán, 2013; Ramos,2016).

Las repercusiones de la diabetes sobre la salud de la población se basan en una elevada prevalencia, que implica un coste socioeconómico alto por la aparición a lo largo del tiempo de numerosas complicaciones micro y macro vasculares conforme avanza la historia natural de la enfermedad. Todo ello acarrea la comorbilidad que desembocará en tasas de mortalidad muy elevadas en la población (Gorrias et al., 2012).

La presente investigación está basada en los conceptos referidos a la Autoestima según Coopersmith (1967) y la Calidad de Vida según la OMS (1996), en personas con diabetes.

Según Callista Roy, la persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la

función del rol y la interdependencia). Por lo tanto, una persona con diabetes, es aquella diagnosticada con diabetes, receptor de cuidados, en continua adaptación a su situación de salud que se ha visto afectada en su autoestima y como consecuencia en su calidad de vida (Rayle y Marriner, 2011).

La autoestima es una importante variable psicológica, por lo cual, ha sido definida por diversos autores a través de los años. Se señala que la autoestima está vinculada con las características propias de la persona, la cual hace una valoración de sus atributos y configura una autoestima positiva o negativa, dependiendo de los niveles de consciencia que exprese sobre sí mismo. La autoestima es base para el desarrollo humano, el avance en el nivel de consciencia no sólo permite nuevas miradas del mundo y de sí mismos, sino que impulsa a realizar acciones creativas y transformadoras, impulso que para ser eficaz exige saber cómo enfrentar las amenazas que acechan así como materializar las aspiraciones que nos motivan (Wilber, 1995).

Rosemberg (1996), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que la persona siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

Por su parte, Dunn (1996), afirma que la autoestima es la energía que coordina, organiza e integra todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de contactos sucesivos, conformando una totalidad que se denomina “sí mismo”. El “sí mismo” es el primer subsistema flexible y variante con la necesidad del momento y las realidades contextuales (Steiner, 2005).

Para Coopersmith (1967), la autoestima es la evaluación que la persona hace y habitualmente mantiene con respecto a si mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual la persona cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes hacia sí mismo. La autoestima resulta de una experiencia subjetiva que la persona transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión en la cual la persona se cree significativa, exitosa y valiosa, por lo cual implica un juicio personal de su valía.

McKay y Fanning (1999), sostienen que la autoestima se refiere al concepto que se tiene de la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que la persona ha recabado sobre sí mismo durante su vida. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos, se juntan en un sentimiento

positivo hacia sí mismo o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que se espera. Para los autores, uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la consciencia de sí mismo; es decir, la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, la persona tiene la capacidad de definir quién eres y luego decidir si te gusta o no tu identidad.

Del mismo modo, Corkille (2001), apoya lo antes mencionado indicando que la autoestima constituye lo que cada individuo siente por sí mismo, su juicio general y la medida en que le agrada su propia persona, coincidiendo con lo planteado por Mussen, Conger y Kagan (2000), quienes afirman que la autoestima se define en términos de juicios que los individuos hacen acerca de su persona y las actitudes que adoptan respecto a sí mismos.

También Craighead, McHale y Pope (2001), coinciden con lo planteado al indicar que la autoestima es una evaluación de la información contenida en el autoconcepto y que deriva los sentimientos acerca de sí mismo. Por tanto, la autoestima está basada en la combinación de información objetiva acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esta información.

Luego de tener un panorama general sobre lo que investigadores destacados refieren sobre la autoestima, para fines de la presente

investigación, se consideró como autor básico a Stanley Coopersmith, el cual elaboró un inventario para medir nivel de autoestima en población escolar, la cual posteriormente se adaptó a una versión para adultos y fue validada en población mexicana (Lara et al., 1993).

Coopersmith (1967), afirma que existen diversos elementos o variables psicológicas que intervienen en la autoestima. Entre ellas menciona los valores como una variable importante, puesto que los valores se traducen en guías conductuales que promueven experiencias positivas o negativas que afectan la autoestima. La motivación al logro y la necesidad de logro también está vinculada a la autoestima, puesto que en las personas que cuenten con una inclinación hacia la búsqueda de éxito, contará con experiencias positivas a nivel de metas, status y roles que le facilitarán un determinado desarrollo de la autoestima.

También resalta la importancia de las relaciones interpersonales, indicando que las relaciones con otros, que implican las interacciones en términos de comunicación y respeto, influyen en la medida en que la persona se valora a sí mismo en su relación con el entorno. Destaca también, que el comportamiento en general, incluyendo la tolerancia a la frustración, afecta la autoestima puesto que la manera de responder ante diversas situaciones puede constituir un factor importante que contribuya o limite la autoestima, pudiendo minimizar o maximizar la misma.

Existen diversas características de la autoestima, entre las cuales incluye que es relativamente estable en el tiempo, es decir es susceptible de variar, pero esta variación no es fácil, dado que la misma es el resultado de la experiencia, por lo cual sólo otras experiencias pueden lograr cambiar el autoestima. Así mismo, la autoestima puede variar de acuerdo al sexo, la edad y otras condiciones que definen el rol, como por ejemplo las limitaciones que causan a un padre de familia el padecer una enfermedad crónica como la diabetes. De esta manera, una persona puede manifestar una autoestima en relación con sus factores específicos (Coopersmith, 1967).

De lo anteriormente mencionado se desprende la segunda característica de la autoestima propuesta por Coopersmith, que es su individualidad. Dado que la autoestima está vinculada a factores subjetivos, ésta es la resultante de las experiencias individuales de cada individuo, el cual es diferente a otros en toda su magnitud y expresión. La autoevaluación implícita en el reporte de la autoestima exige que la persona examine su rendimiento, sus capacidades y atributos, de acuerdo con estándares y valores personales, llegando a la decisión de su propia valía.

El mismo autor señala, que las personas presentan diversas formas y niveles perceptivos, así como diferencias en cuanto al patrón de acercamiento y de respuesta a los estímulos ambientales. Por ello, la

autoestima presenta áreas dimensionales que caracterizan su amplitud y radio de acción.

Estas dimensiones son 4 áreas específicas: referidas a la Autoestima personal, que consiste en la evaluación que la persona hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo. La Autoestima en el área académica, está en relación con su desempeño en el ámbito educativo. La Autoestima en el área familiar, está en relación con sus interacciones en los miembros del grupo familiar. Y la Autoestima en el área social, está en relación con sus interacciones sociales. Todas estas áreas consideran su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo (Coopersmith, 1967).

En relación a los grados o niveles de autoestima, el mismo autor afirma que la autoestima puede presentarse en tres niveles: alta, media o baja, que se evidencia porque las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente, que cuentan con expectativas diferentes sobre el futuro, reacciones afectivas y autoconcepto.

El autor refiere, que estos niveles se diferencian entre sí dado que caracteriza el comportamiento de la persona; por ello, las personas con autoestima alta son activas, expresivas, con éxitos sociales y académicos, son líderes, no rehúyen al desacuerdo y se interesan por asuntos públicos. También es característico de personas con alta autoestima, la baja

destruccion al inicio de la niñez, les perturban los sentimientos de ansiedad, confían en sus propias percepciones, esperan que sus esfuerzos deriven en éxito, se acercan a otras personas con la expectativa de ser bien recibidas, consideran que el trabajo que realizan generalmente es de alta calidad, esperan realizar grandes trabajos en el futuro y son populares entre las personas de su misma edad.

En referencia a la persona con un nivel de autoestima medio, Coopersmith (1967), afirma que se caracterizan por presentar similitud con las que presentan alta autoestima, pero la evidencian en menor magnitud, y en otros casos, muestran conductas inadecuadas que reflejan dificultades en el autoconcepto. Sus conductas pueden ser positivas, tales como mostrarse optimistas y capaces de aceptar críticas, sin embargo, presentan tendencia a sentirse inseguros en las estimaciones de su valía personal y pueden depender de la aceptación social. Por ello, se indica que los individuos con un nivel medio de autoestima presentan autoafirmaciones positivas más moderadas en su aprecio de la competencia, significación y expectativas, y es usual que sus declaraciones, conclusiones y opiniones en muchos aspectos, estén próximos a los de las personas con alta autoestima, aún cuando no bajo todo contexto y situación como sucede con éstos.

Finalmente, se conceptualiza a las personas con un nivel de autoestima bajo como aquellos que muestran desánimo, depresión,

aislamiento, se sienten poco atractivos, así como incapaces de expresarse y defenderse pues sienten temor de provocar el enfado de los demás. Agrega que estas personas se consideran débiles para vencer sus deficiencias, permanecen aislados ante un grupo social determinado, son sensibles a la crítica, se encuentran preocupados por problemas internos, presentan dificultades para establecer relaciones amistosas, no están seguros de sus ideas, dudan de sus habilidades y consideran que los trabajos e ideas de los demás son mejores que las suyas.

En la condición de padecer una enfermedad crónica como la diabetes, con tratamiento y cuidados de por vida, se requiere que la persona, mantenga un buen nivel de autoestima para poder sobrellevar las dificultades del tratamiento, sobreponerse y seguir manteniendo su proyecto de vida, aunque sin evitar algunas modificaciones que surgen por las limitaciones que se le pueda presentar. Por lo tanto, el nivel de autoestima que presente la persona con diabetes, definido como la percepción y valoración que tenga con respecto a si mismo, será un aspecto fundamental que influirá en su calidad de vida (Hogg y Vaughan, 2010;).

La calidad de vida tiene su máxima expresión en su relación con la salud, algunas definiciones refieren que es la apreciación que la persona hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal. De esta manera, la

Calidad de Vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud de personas con diabetes como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital (Perol, 2000; Orbegoso, 2012).

La Organización mundial de la salud, define calidad de vida como: “la percepción que la persona tiene de su propia posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones, influenciado por la salud física, el estado psicológico, espiritual y las relaciones sociales” (OMS, 1996).

También es considerada, como el estado positivo de bienestar físico, emocional, social, intelectual, espiritual y ocupacional, que le permite a la persona satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas; se toma como una variable importante dentro del concepto de calidad de vida el nivel de actividad física (Schwartzmanm, 2003).

Otras aportaciones, hacen referencia a que la calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Los elementos objetivos lo componen: el bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y comunidad. En general se puede apreciar que las personas con niveles superiores en las diferentes áreas o dominios de la vida, están mejor dispuestos para tener niveles altos de calidad de vida, porque tienen mejores ingresos, accesibilidad a los

servicios de salud, cultura general que los capacita (aunque no lo garantice tácitamente) para desarrollar estilos de vida saludables, acceso a fuentes de alimentación, acceso a servicios médicos, cultura en materia de salud y hábitos de vida. El propio estado de salud física entra a formar parte de estos elementos que contribuyen a percibir una mejor calidad de vida (Ardila, 2003; García y Rodríguez, 2007).

Los elementos subjetivos son considerados: la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. Cuando una persona se siente mal, o está enfrentando un proceso de enfermedad crónica, esto lo hace sentirse enfermo, infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Se sentirá tanto más enfermo cuanto mayor sean las limitaciones que la enfermedad le imponga en aquellas áreas de la vida significativas para él, en relación con sus aspiraciones y metas en la etapa del ciclo vital en que se encuentre. De aquí la importancia de tener en cuenta la óptica individual, la percepción de la propia persona en la evaluación de su calidad de vida (Ardila, 2003; García y Rodríguez, 2007).

Con respecto a los juicios sobre la calidad de vida relacionada con la salud, estos pueden ser únicamente realizados por la persona y están relacionados con la percepción experimentada en los dominios afectados: físico, psicológico y social, estas son las más reconocidas y utilizadas, pues se encuentran relacionadas con el equilibrio biopsicosocial, explicando que

el dominio biológico se refiere a la percepción del estado físico o la salud; el psicológico a la percepción de la persona en su estado cognitivo y afectivo, y el social a la apreciación en interacción con sus roles sociales y las relaciones interpersonales. En conclusión, si uno de los tres dominios se encuentra afectado por algún acontecimiento, este va a repercutir en las otras creando un continuo que se estará retroalimentando constantemente, y por consiguiente repercutiendo en la calidad de vida relacionada con la salud en general (Salazar et al., 2005).

Cuando se trata de medir la calidad de vida, esta hace referencia a todos aquellos aspectos que experimenta directamente la persona, incluyendo la función física, mental, social y la percepción general de la salud. La percepción de la calidad de vida relacionada con la salud varía entre personas y es un concepto dinámico, ya que personas con diferentes expectativas sobre su calidad de vida pueden tener una percepción diferente, incluso si tienen la misma enfermedad, puesto que las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas (Schwartzmanm, 2003).

En 1988, el grupo de investigación llamado Trial, para el control y complicaciones de la diabetes (DCCT), elaboro un instrumento para medir la calidad de vida en personas con diabetes, este instrumento es conocido como DQOL (por sus siglas en ingles: Diabetes Quality of life), el cual

evalúa cinco dimensiones generales de la calidad de vida relacionada con la diabetes y su tratamiento; los rubros son: satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupación de los efectos futuros de la diabetes y preocupación por los aspectos sociales y vocacionales (Millan, 2002; Hernández y Sánchez, 2007).

La satisfacción con el tratamiento de la persona con diabetes, hace referencia a que la fórmula para conseguir un alto nivel de satisfacción con las nuevas terapias contra la diabetes es relativamente simple, el tratamiento debe ofrecer resultados sanitarios que sean considerados por la persona con diabetes como importantes y valiosos en comparación con el tratamiento estándar. Por lo general, el nuevo tratamiento no debería provocar reacciones adversas o exigir cambios sustanciales del estilo de vida, los cuales podrían alterar las actividades diarias de la persona y por lo tanto tener un impacto negativo sobre su calidad de vida (Testa, 2003).

La satisfacción de la persona con diabetes con su tratamiento, está relacionada con la adherencia terapéutica y los resultados clínicos, es decir, la reducción de los síntomas y el control de la enfermedad. Las consecuencias de los tratamientos satisfactorios frente a los insatisfactorios es que pueden tener un impacto directo sobre la eficacia terapéutica, especialmente cuando el tratamiento necesita de un autocontrol importante durante el resto de la vida, como es el caso de la diabetes. Por lo mismo, hoy se tiende hacia un modelo de decisiones sobre el control de la

enfermedad compartida, en que la persona con diabetes va cobrando protagonismo. Es posible que el hecho de conocer el grado de satisfacción con su tratamiento pueda contribuir a predecir la adherencia a éste por parte de la persona con diabetes y ayudar al profesional en la toma de decisiones (Villar et al., 2009; Badia, 2005).

La diabetes coloca a la persona ante una situación de vulnerabilidad, debido a la pérdida de uno de los aspectos más valiosos de su vida: la salud. Dicha enfermedad provocara un impacto en la integridad de la persona al afectar su identidad, autoestima, emociones, estado de ánimo, relaciones interpersonales, etc.; elementos que requieren ser atendidos para avanzar en la comprensión y aceptación de la enfermedad y con ello estar en condiciones de comprometerse con su tratamiento. La magnitud del impacto dependerá de diversos factores tales como la manera en que lo comunique el médico, la intensidad de los síntomas, la duración y severidad de complicaciones que se presenten y las habilidades de afrontamiento que ha desarrollado la persona a lo largo de su vida (Camacho y Galán, 2015; Yanguas, 2006).

De los factores antes descritos, es la manera en que se brinda el diagnóstico médico el punto más importante y crucial, porque si el impacto del diagnóstico no se supera de manera adecuada la persona con diabetes podría permanecer en un estado de choque emocional rebasado por sus emociones, lo cual agrava las repercusiones físicas o bien hace que se

instale en la negación al pretender que nada le sucede, que sus síntomas son leves y pasajeros por lo que no requiere cuidarse y puede continuar con su vida con estilos poco saludables empeorando su pronóstico(Camacho y Galan, 2015).

Por lo tanto, desde el inicio es conveniente brindar una orientación adecuada y sensible que promueva en la persona con diabetes una adaptación gradual para comenzar su proceso de aprendizaje y auto cuidado. En esta nueva etapa la persona con diabetes tendrá que adaptarse a cambios como la pérdida de control físico, malestar, cambio de apariencia, altibajos emocionales, reestructuración de sus actividades y sus relaciones interpersonales; este proceso de aprendizaje y cuidado personal se vuelve permanente y puede variar de intensidad de acuerdo a la presencia de periodos asintomáticos y crisis de hiperglucemias (Camacho y Galán, 2015).

Es así, que el impacto del tratamiento en la persona con diabetes, se acentúa por su cada vez más frecuente condición de enfermo en situación de complejidad o pluri patológico. Sus principales características son: presencia de varias enfermedades crónicas a la vez; frecuentes visitas al hospital, sea por urgencia, consultas externas o ingresos de estancia media prolongada; poli medicación; disminución de la autonomía personal, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia; uso elevado de recursos sanitarios y sociales; y factores adicionales como edad avanzada,

vivir solo, escaso apoyo familiar y social, secuelas de patología previa, etc. (Merck y Dohme, 2016).

Un último impacto significativo, desde la perspectiva de la persona, se produce en el ámbito familiar. La existencia de un enfermo crónico obliga a readaptarse al resto de miembros, incluso con cambios de roles y alteraciones en la dinámica y estructura de la familia. Esos cambios pueden ser estructurales (patrones rígidos de funcionamiento, modificación de roles familiares, aislamiento social), evolutivos (hay un momento de transición para adaptarse a las necesidades) y emocionales (la adaptación se apoya a veces en mecanismos de defensa que pueden convertirse en patológicos, como la sobreprotección o la conspiración del silencio). Y hay ciertas características familiares que favorecen la adaptación, como la flexibilidad en la reorganización, la cohesión en las relaciones intra y extrafamiliares y, por supuesto, la buena comunicación que facilita los cambios (Merck y Dohme, 2016).

Otra dimensión de la calidad de vida, son las preocupaciones por los efectos futuros de la diabetes y por los aspectos sociales y vocacionales. La preocupación es definida como la actividad cognoscitiva no deseada, incontrolable, adversa, asociada con pensamientos negativos y sensación de malestar emocional; estas 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, de tal manera que se logre el bienestar general y con ello una mejor calidad de vida (Portilla, 2011).

Para la mayoría de investigadores la preocupación es un proceso cognitivo normal, el cual está presente tanto en la población clínica como en la que no presenta trastornos mentales. En la actualidad existe un amplio consenso respecto de considerar a la preocupación como el síntoma cardinal del cuadro de ansiedad, en el cual, las preocupaciones patológicas son percibidas como incontrolables y excesivas y recaen sobre una amplia gama de sucesos. Para poder diagnosticar el cuadro dichas preocupaciones deben permanecer durante al menos 6 meses y acompañarse de al menos tres de los siguientes síntomas: irritabilidad, dificultades en la concentración, trastornos del sueño, cansancio, contracturas musculares e inquietud (APA, 2002; Vetere et al., 2011).

La valoración de las preocupaciones de la persona con diabetes es un aspecto influyente en su calidad de vida, estas deben ser resueltas a la brevedad y si es necesario buscar ayuda de especialistas como el psicólogo y en los casos necesarios la ayuda psiquiátrica.

Sobre el bienestar general podemos decir, que la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de

ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como son: el ámbito familiar, laboral o la sociopolítica se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades o multipatologías (García y Rodríguez, 2007).

Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de estrés con implicación negativa para el bienestar general y la salud considerada integralmente. El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Por lo tanto, la calidad de vida está estrechamente vinculada a las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en que una persona desarrolla su vida (García y Rodríguez, 2007).

Los niveles de satisfacción que la persona alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir, de su autovaloración y la jerarquía motivacional. En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida, tenemos como núcleo central una dimensión psicológica, la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por la persona y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo. Sin embargo, los

indicadores de corte objetivo resultan necesarios, pero requieren un complemento indispensable: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en la persona y cuán importantes resultan para él (García y Rodríguez, 2005).

En los últimos años se ha despertado el interés de los investigadores de la salud por evaluar la calidad de vida de las personas diabéticas, debido a que ésta es una importante variable de resultado de las intervenciones del cuidado de la salud. Por otra parte, la calidad de vida es un elemento considerado en la toma de decisiones sobre la implementación de formas de cuidado y asignación de recursos para el sistema sanitario y para la realización de análisis económicos, ya que a partir de los resultados obtenidos de la calidad de vida relacionada con la salud, se pueden inferir numerosos datos económicos con relación a la efectividad de diferentes medidas económicas (Mateos, 2012).

Las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, afectan a mediano y largo plazo la calidad de vida de las personas que la padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas, requieren de un cambio sustancial del estilo de vida que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida (Oblitas, 2010).

La diabetes aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que se produce en el páncreas y regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2016).

El exceso de glucosa en la sangre, es ante todo tóxico para los pequeños vasos sanguíneos. Los órganos que van a sufrir más por la diabetes son los que dependen mucho de su micro circulación: la retina, el riñón y las extremidades (manos y pies). La glucosa tendrá también una toxicidad directa sobre los nervios, provocando lo que se conoce como la neuropatía del diabético. Además, la diabetes vendrá a complicar enfermedades a las cuales va asociada muchas veces como la hipertensión arterial y la obesidad (Menat, 2010; OMS, 2016).

Existen criterios para diagnosticar la diabetes, estos están basados en las mediciones de glucosa sanguínea: a) concentración de glucosa plasmática casual ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L), b) glucosa en ayunas (al menos 8 horas) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/L) en plasma venosa o capilar, o c) glucosa postprandial (dos horas después de una sobrecarga oral de glucosa) ≥ 200 mg/dl (11.1mmol/L) en plasma venosa o capilar; la presencia o ausencia de síntomas clásicos de la diabetes, como polidipsia,

poliuria y una inexplicable pérdida de peso. Además se puede presentar visión borrosa, en asociación con glucosuria y en algunos casos cetonuria (FID, 2015; OMS, 2016).

Recientemente la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), ha utilizado la hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$ como criterio diagnóstico para la diabetes. Si no aparecen las manifestaciones clínicas clásicas, el diagnóstico se puede efectuar cuando hay sendas pruebas sanguíneas anormales en dos días distintos. Este nuevo criterio diagnóstico, es un aspecto valioso puesto que al detectarse tempranamente la enfermedad de la diabetes se puede intervenir de forma oportuna para minorar los efectos negativos en la salud, de manera que se prevenga complicaciones y que la persona con diabetes mantenga un buen nivel de calidad de vida pese a padecer esta enfermedad (ADA, 2016).

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2015), existen tres tipos principales de diabetes: diabetes mellitus tipo 1, tipo 2 y gestacional. La diabetes tipo 1 está causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensas del organismo ataca las células productoras de insulina del páncreas, como resultado, el organismo deja de producir la insulina que necesita. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos; estas personas necesitan inyecciones de insulina a diario con el fin

de controlar sus niveles de glucosa en sangre, sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 morirá.

La diabetes tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se suelen caracterizar por grados variables de resistencia a la insulina, trastorno de la secreción de ésta y aumento de la producción de glucosa. Diversos mecanismos genéticos y metabólicos de la acción de la insulina, su secreción, o ambas, generan el fenotipo común de la diabetes de tipo 2; esta es precedida por un período de homeostasis anormal de la glucosa clasificado como trastorno de la glucosa en ayunas o trastorno de la tolerancia a la glucosa (Kasper, 2005).

Este tipo de diabetes es la más común, suele aparecer en adultos, pero cada vez hay más casos de niños y adolescentes. Las personas con diabetes tipo 2 podrían pasar mucho tiempo sin saber de su enfermedad debido a que los síntomas podrían tardar años en aparecer o en reconocerse, tiempo durante el cual el organismo se va deteriorando debido al exceso de glucosa en sangre (FID, 2015).

Aunque las razones para desarrollar diabetes tipo 2 aún no se conocen, hay varios factores de riesgo importantes. Éstos son: obesidad, mala alimentación, falta de actividad física, edad avanzada, antecedentes familiares de diabetes, origen étnico, nutrición inadecuada durante el

embarazo, que afecta al niño en desarrollo, hipertensión, síndrome de ovario poliquístico entre otros (Kasper, 2005).

En contraste con las personas con diabetes tipo 1, la mayoría de quienes tienen diabetes tipo 2 no suelen necesitar dosis diarias de insulina para sobrevivir. Sin embargo, para controlar la afección se podría recetar insulina unida a una medicación oral, una dieta sana y el aumento de la actividad física, estas acciones constituyen los autocuidados básicos que la persona con diabetes debe tener.

La diabetes gestacional suele manifestarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas. Se caracteriza por hiperglucemia que aparece durante el embarazo, suele presentarse en una etapa avanzada y surge debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el futuro. A muchas personas se les diagnostica tan sólo cuando las complicaciones diabéticas se hacen patentes (FID, 2015; OMS, 2016).

Dentro de los distintos problemas que las personas con diabetes pueden desarrollar, el más conocido es el llamado “pie diabético”, que aparece como resultado de las lesiones de los nervios y los vasos

sanguíneos. El pie diabético se define como el conjunto de síndromes en los que la existencia de neuropatía, isquemia e infección provocan alteraciones tisulares o úlceras secundarias a micro traumatismos, ocasionando una importante morbilidad. La etapa inicial del pie diabético comienza por la combinación de atrofia progresiva en musculatura más la sequedad en la piel asociada con isquemia en diferente grado, en esta situación cualquier tipo de traumatismo dará lugar a una úlcera en el pie que puede infectarse aumentando el riesgo de amputación (Del Castillo et al., 2015).

Las personas con diabetes corren un riesgo de amputación que podría llegar a ser más de 25 veces mayor que el de una persona sin diabetes. Sin embargo, mediante un control integral, se podría prevenir un gran porcentaje de amputaciones de origen diabético. Incluso cuando se produce una amputación, se puede salvar la pierna restante y la vida de la persona mediante una buena atención y un buen seguimiento por parte de un equipo multidisciplinar del pie. Las personas con diabetes deben examinarse los pies con regularidad (FID, 2015).

Otra enfermedad que surge frecuentemente como complicación de la diabetes es la enfermedad renal (nefropatía), esto se da debido a que en los primeros años de la diabetes, la hiperglucemia produce cambios funcionales, como son la vasodilatación de las arteriolas aferente y eferente, con aumento del flujo plasmático renal. Ya después de 5 años de

diabetes, la hiperglucemia se ha traducido en cambios moleculares y estructurales. El engrosamiento de la pared de las arteriolas aferente y eferente normaliza eventualmente el flujo plasmático renal, y la membrana basal glomerular se engruesa y aumenta su permeabilidad, apareciendo primero micro albuminuria (30-200 mg/24 horas), y después macro albuminuria (>200 mg/24 horas) (Hernando, 2009; FID, 2015).

En esta etapa la persona tiene macro albuminuria en el rango de síndrome nefrótico, con hipertensión arterial en casi todos los casos. Como consecuencia de esta situación sobreviene una progresiva disminución del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular, que llevan al paciente a la insuficiencia renal terminal, una patología que es considerada a nivel mundial un problema de salud pública por sus altos costos de tratamiento y por su directa afección a la calidad de vida de la persona que la padece (Hernando, 2009).

En general, la diabetes puede afectar otros órganos y causar más problemas de salud. Sin embargo, estos pueden demorarse y hasta evitarse si se mantiene un buen control de la glucosa en la sangre, puesto que la mayoría de las complicaciones están directamente vinculadas al control de la glicemia. La diabetes y sus complicaciones conllevan importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales

por los costos médicos directos, la pérdida de trabajo y sueldos (González y cols., 2013; OMS, 2016).

Por lo tanto, la diabetes y sus complicaciones tienen un alto componente discapacitante que reduce la calidad y expectativa de vida de quien la padece. Así mismo, la calidad de vida que tenga la persona con diabetes influirá directamente en el mantenimiento de la enfermedad retrasando o adelantando las complicaciones propias de la diabetes; por lo que resulta necesario que el profesional de enfermería identifique los diferentes factores que influyen en la calidad de vida de estas personas (Gamboa, 2013).

Dentro del ajuste al tratamiento, tenemos que las personas con diabetes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales. Tal es así, que en una enfermedad crónica como lo es la Diabetes, es importante realizar investigación que permita conocer el estado emocional en que se encuentran las personas que viven con esta deficiencia y, tomando en cuenta que en la actualidad se han venido incrementando a nivel mundial y nacional los casos de morbilidad, es necesario implementar una atención psicológica que permita fortalecer el aspecto emocional que se ve más afectado, como es la autoestima, por la desvalorización a la que se ven expuestos ya sea por si mismos o por las demás personas (Arguetas et al., 2012).

Algunos estudios consultados, que tuvieron como referentes a las variables de la presente investigación, se describen a continuación:

Colunga y cols. (2008), en la Habana-Cuba, realizaron una investigación con los objetivos de describir las características psicosociales en personas con diabetes tipo 2. Los resultados referidos a las variables psicosociales mostraron que la Autoestima, en el 41% fue de nivel alto y 59% de nivel media-baja; el estrés alto en el 26 %, depresión severa en el 27 % y locus externo en el 41 %. Sin diferencias por sexo, excepto autoestima más alta en mujeres y glucemia mayor en hombres ($p<0,05$).

Romero y cols. (2010), en Cartagena- Colombia, en su estudio titulado: “Calidad de vida de personas con diabetes”, encontraron: que el 62,2% de los pacientes presentan una buena calidad de vida, las escalas con mejores porcentajes son en salud mental 86%, rol emocional 68.3% y vitalidad 75,9%. Las escalas de rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con 40,3% y 37,5% respectivamente.

Haya y Paima (2012), en Tarapoto- Perú, en la investigación titulada: “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de Diabetes mellitus del Hospital de Essalud-II Tarapoto”, de los resultados se evidencio que el nivel de calidad de vida fue en su mayoría (66.2%) alta, seguido de 33.8% de nivel regular y no se encontraron porcentajes de

calidad de vida baja. Dentro de las dimensiones, en cuanto a la satisfacción con el tratamiento, el 91,9% está muy satisfecho y el 8,1% a veces satisfecho; para el impacto de la enfermedad, el 81,1% nunca esta impactado y el 18,9% a veces esta impactado; para la dimensión de preocupación por los efectos futuros y aspectos sociales, el 75,7% a veces se preocupa, el 17,6% siempre se preocupa y el 6,8% nunca se preocupa.

Rodas y Saldarriaga (2012), en Chepen- Perú, realizaron una investigación titulada: “Conocimiento y prácticas de autocuidado relacionado con la calidad de vida en adultos con diabetes mellitus”; dentro de sus resultados encontraron en lo referido al nivel de calidad de vida en adultos, este fue predominantemente adecuado con un 63,46% y un 36,54% fue deficiente.

Salazar y cols. (2012), En México, realizaron una investigación titulada: “La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara”, sus resultados les permitieron concluir en que la calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en el funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad de un programa de intervención en actividades física-recreativas y en asesoría educativa-psicológica.

Gamboa (2013), en su investigación titulada: “Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida en el programa de

diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Sus resultados evidenciaron que el 59% de los pacientes presentaron una percepción medianamente favorable sobre su calidad de vida, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable.

Bautista y Zambrano (2015), en Colombia, en un estudio titulado: “Calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención”. Resultados: de los pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en el estudio, el 62,3% tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7% consideró tener un estado de salud bueno. En la relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las subescalas, la más afectada es la del impacto en el tratamiento y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad.

Chaverri y Fallas (2015), en Costa Rica, realizaron una investigación titulada: “Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. Sus resultados evidenciaron que los hombres tienen una mejor auto percepción de su calidad de vida relacionada con salud en comparación con las mujeres, globalmente ambos se evalúan como Buena calidad de vida, sin embargo en sus promedios los hombres aventajan a la mujeres. A mayor edad la percepción de la calidad de vida se deteriora en correlación con su enfermedad, siendo más evidente en el sexo femenino.

Los pacientes con los promedios más bajos son quienes además de padecer diabetes mellitus tipo 2 asociaban complicaciones u otras patologías.

Pajuelo y Salvatierra (2015), en Trujillo-Perú, realizaron una investigación titulada: "Autoestima y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2". Encontrándose que el 16.4% de adultos mayores tiene alto nivel de autoestima, un 50.7% tiene nivel medio, y 32.9% tiene bajo nivel. Por otro lado, en relación a calidad de vida de los participantes 20% es alta, 46.4% medio y 33.6% bajo; así mismo se identifica una asociación altamente significativa, positiva y de intensidad media, demostrada mediante la prueba de Chi cuadrado. ($\chi^2 = 23.3$).

El presente proyecto de investigación surge de la motivación de la experiencia durante nuestras prácticas pre profesionales en el Hospital Regional Docente de Trujillo, lugar en donde existe la problemática de los continuos ingresos de personas a quienes se les diagnostica diabetes. Según el registro de ingresos de la "Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles" que se aplica en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el presente año 2017, aproximadamente 25 a 30 personas mensualmente, son diagnosticadas con diabetes, teniendo hasta la actualidad un total de 462 personas con diabetes registrada en la mencionada institución.

Así mismo, en los servicios de hospitalización, también existe un continuo transitar de ingresos y egresos de personas con diabetes, que presentan complicaciones crónicas propias de la enfermedad como úlceras en el pie (conocida como pie diabético) y la temida enfermedad renal crónica en su estadio terminal, estas enfermedades agregadas ocasionan una disminución en la calidad de vida de estas personas. Al interactuar con ellos, en las conversaciones, se percibe la disminución de su autoestima, como resultado de su nueva condición de salud y el nuevo estilo de vida que obligatoriamente deben de seguir para sentirse bien.

El tema a investigar tiene como propósito encontrar la relación entre Autoestima y Calidad de Vida en personas con diabetes; se pretende contribuir al conocimiento de estas variables y a la obtención de datos que permitan aportar información fiable a la responsable a cargo de la “Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles” del Hospital Regional Docente de Trujillo, para orientar las intervenciones educativas de carácter multidisciplinario, con la finalidad de fortalecer la autoestima y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes, buscando su adaptación a la nueva situación de salud que está viviendo.

Por todo lo anteriormente mencionado planteamos la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre el nivel de autoestima y la calidad de vida según sus dimensiones: satisfacción con el tratamiento,

impacto del tratamiento, preocupación social/vocacional y preocupación relacionada con la diabetes, en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017?

OBJETIVOS:

GENERAL

- Establecer la relación que existe entre el nivel de autoestima y la calidad de vida según dimensiones: satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupación social/vocacional y preocupación relacionada con la diabetes, en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.

ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de autoestima en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.
- Determinar la calidad de vida y sus dimensiones en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.
- Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la dimensión de la calidad de vida: satisfacción con el tratamiento en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.

- Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la dimensión de la calidad de vida: impacto del tratamiento en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.
- Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la dimensión de la calidad de vida: preocupación social/vocacional en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.
- Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la dimensión de la calidad de vida: preocupación relacionada con la diabetes en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.

II. DISEÑO O TRAYECTORIA METODOLÓGICA

2.1. DISEÑO METODOLOGICO

La presente investigación es de tipo cuantitativo, correlacional, de corte transversal y se llevó a cabo en personas con diabetes que asisten para su atención en La Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Hospital Regional Docente de Trujillo (Hernández, et al., 2010).

2.2. POBLACION DEL ESTUDIO

La poblacion se estableció teniendo como referencia los registros de personas con diabetes desde enero a mayo del 2017, que pertenecen a la “Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles” del Hospital Regional Docente de Trujillo, haciendo un total de 217 personas con diabetes inscritas durante el presente año.

2.3. MUESTRA

La muestra se determino en 124 personas con diabetes (anexo 1).

2.4. UNIDAD DE ANALISIS

Cada uno de las personas con diabetes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Persona con diagnóstico de diabetes tipo 2
- Persona mayor de 16 años
- Persona lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona
- Persona sin discapacidad auditiva o visual

2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se utilizó los siguientes instrumentos:

A. Inventario de Autoestima de Coopersmith Versión Adultos

Este instrumento toma como referencia los primeros 25 ítems del inventario de la versión escolar, modificando los reactivos correspondientes al de áreas “hogar padres” por el de “familiar” (6 reactivos), y unifica las áreas “social pares y escolar” en uno solo, al que denomina “área social” (7 reactivos); y con relación al contenido de los ítems, estos son similares a los que se mencionan en el inventario original (Coopersmith, 1967; Dioses, 2010).

Es una prueba diseñada para medir actitudes valorativas hacia sí mismo en adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Su administración es individual o colectiva y tiene un tiempo aproximado de 20 minutos; aunque no hay tiempo límite. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación (anexo 2).

El inventario consta de 25 ítems, en los que no se encuentran incluidos ítems correspondientes a la escala de mentiras. El puntaje máximo es de 100 puntos. Los puntajes se obtienen sumando el número de ítems que respondió de forma correcta de acuerdo a la clave y multiplicando por 4, las claves son:

- Ítems verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19 y 20
- Ítems falso: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24 y 25

B. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL):

El EsDQOL, es un instrumento elaborado por el grupo de control y complicaciones de diabetes Trial o SCCT en 1988, modificado por Millan en una versión española en el 2002. Este instrumento permite medir la calidad de vida de personas con diabetes; también permite conocer la satisfacción, el impacto y la preocupación que tiene el paciente diabético, ello porque, es un instrumento innovador desarrollado originalmente para su uso en el control de la diabetes y sus complicaciones en la década de 1980 (anexo 3).

El instrumento está compuesto por 43 ítems que forman 4 dimensiones:

- 1) Satisfacción con el tratamiento (15 ítems)

- 2) Impacto del tratamiento (17 ítems)
- 3) Preocupación social/vocacional (7 ítems)
- 4) Preocupación relativa a los efectos futuros de la diabetes (4 ítems)

Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta de tipo likert que puntúa de 1 a 5 puntos, en la subescalas, las respuestas oscilan en:

- 1) Satisfacción con el tratamiento: ítems del 1 al 15, la respuesta muy satisfecho (1 punto) a nada satisfecho (5 puntos)
- 2) Impacto del tratamiento: ítems del 16 al 32, la respuesta nunca (1 punto) a siempre (5 puntos)
- 3) Preocupación social/vocacional : ítems del 33 al 39, la respuesta nunca (1 punto) a siempre (5 puntos)
- 4) Preocupación relativa a los efectos futuros: ítems del 40 al 43, la respuesta nunca (1 punto) a siempre (5 puntos)

2.6. CONTROL DE CALIDAD

PRUEBA PILOTO

Con la finalidad de encontrar la confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos, y comprobar su comprensión por parte de los participantes de la investigación, se realizó una prueba piloto a 20 personas con diabetes que asisten para recibir atención en el Hospital Belén de Trujillo, y que presentaron características similares a la muestra de estudio.

VALIDEZ

Luego de aplicar la prueba piloto y sucesivamente las pruebas estadísticas correspondientes, se obtuvo lo siguiente:

Para el inventario de autoestima de Coopersmith versión para adultos, el coeficiente de correlación intraclase promedio es de 0,580 y un valor $-p < 0.001$ significativo ($-p < 0.01$) (anexo 4).

Para el Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL), el coeficiente de correlación intraclase promedio es de 0,559 y un valor $-p < 0.002$ significativo. se concluye que ambos instrumentos son válidos de criterio (anexo 5).

CONFIABILIDAD

La confiabilidad de los instrumentos de investigación fue determinada mediante la prueba estadística de Alpha de Crombach por sus creadores, los cuales son reconocidos a nivel internacional, siendo para el inventario de autoestima de Coopersmith de 0,81 y para el cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus de 0,91.

2.7. PROCEDIMIENTO

Se solicitó permiso para aplicar los instrumentos de investigación a la responsable de la “Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles” del Hospital Regional Docente de Trujillo, con la cual se coordinó las fechas para captar a los participantes en días en los cuales

asistieron a sus controles de enfermería y en algunos casos a sus talleres educativos.

El tiempo para la recolección de la información, se determinó según se completo la muestra de estudio. Antes de aplicar los cuestionarios se solicitó el consentimiento informado de los participantes previa explicación de los objetivos de la investigación.

La aplicación de los dos instrumentos de investigación, se desarrollo en un tiempo aproximado total no mayor a 30 minutos por persona. Finalmente, luego de recaudar la información, se procedió a tabular los resultados, analizarlos y posteriormente elaborar el informe de tesis.

2.8. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados en IBM SPSS Statistics 24, el cual nos permitió presentar los resultados en tablas de entrada simple y doble entrada, con valores absolutos y porcentuales. Para determinar si hay influencia entre las variables se uso la prueba estadística gamma, para la significancia estadística se utilizó un valor $-p < 0,05$.

2.9. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A.-VARIABLE: AUTOESTIMA

Definición Conceptual:

Es la evaluación que la persona con diabetes hace y habitualmente mantiene con respecto a si mismo (Coopersmith, 1967).

Definición Operacional:

- Nivel de autoestima bajo: 0 - 24 puntos
- Nivel de autoestima medio: 25 - 74 puntos
- Nivel de autoestima alto: 75 - 100 puntos

B.- VARIABLE: CALIDAD DE VIDA**Definición Conceptual:**

Es la percepción que la persona con diabetes tiene de su propia posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones, influenciado por la salud física del individuo, el estado psicológico, espiritual y las relaciones sociales (OMS,1996).

Definición Operacional:

- Calidad de vida alta: 32 – 90 puntos
- Calidad de vida media: 91 – 183 puntos
- Calidad de vida baja: 184 – 215 puntos

Según Dimensiones:

a) Satisfacción con el tratamiento**Definición conceptual**

Cuando el tratamiento ofrece resultados sanitarios que son considerados por la persona con diabetes, como importantes y valiosos en comparación con el tratamiento estándar. Este

no debe provocar reacciones adversas o exigir cambios sustanciales del estilo de vida, los cuales podrían alterar las actividades diarias del mismo (Testa, 2003).

Definición operacional:

- Bajo nivel de satisfacción: 55 – 75 puntos
- Regular nivel de satisfacción: 35 - 54 puntos
- Alto nivel de satisfacción: 15 – 34 puntos

b) Impacto del tratamiento

Definición conceptual

Es la alteración en la integridad de la persona con diabetes al afectar su identidad, autoestima, emociones, estado de ánimo, relaciones interpersonales, etc. Su magnitud dependerá de factores como: la manera en que se comunique el diagnóstico, la intensidad de los síntomas, la duración y severidad de las complicaciones y la habilidad de afrontamiento a lo largo de su vida (Camacho y Galán, 2015).

Definición operacional:

- alto nivel de impacto: 63 – 85 puntos
- Regular nivel de impacto: 40 - 62 puntos
- bajo nivel de impacto: 17 – 39 puntos

c) Preocupación social-vocacional

Definición conceptual

Es la intranquilidad, temor, angustia, o inquietud que se produce en la persona con diabetes por las alteraciones sociales que causara la enfermedad, en relación con su pareja, hijos, estudios y trabajo (Prados, 2005).

Definición operacional:

- Alto nivel de preocupación: 27 – 35 puntos
- Regular nivel de preocupación: 17 - 26 puntos
- Bajo nivel de preocupación: 7 – 16 puntos

d) Preocupación relacionada con la diabetes

Definición conceptual

La preocupación de la persona con diabetes es definida como la actividad cognositiva, no deseada, incontrolable, adversa, asociada con pensamientos negativos y sensación de malestar emocional en relación con la enfermedad y sus complicaciones (Portilla, 2011).

Definición operacional:

- Alto nivel de preocupación: 16 – 20 puntos
- Regular nivel de preocupación: 11 - 15 puntos
- Bajo nivel de preocupación: 5 – 10 puntos

2.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO

Para la realización de la presente investigación se respetó los principios de anonimidad y confidencialidad, se solicitó el consentimiento informado en forma escrita y se aceptó la libre decisión del paciente de suspender su participación cuando lo estimó necesario

- ✓ Consentimiento informado: Se solicitó a cada persona participante en el estudio su consentimiento informado verbal y escrito, tanto para su colaboración con el estudio como para tener el permiso respectivo para aplicar los instrumentos (anexo 6).
- ✓ Intimidad, anonimato y confidencialidad: Es primordial el rigor y la ética. Desde el inicio de la investigación se explicó a cada participante la finalidad de la información obtenida de exclusividad con fines de investigación, garantizándole que por ninguna razón los datos obtenidos podrán ser expuestos en público.
- ✓ Dignidad humana: Comprende el derecho a la autodeterminación, mediante la cual el sujeto en estudio tendrá libertad para decidir voluntariamente su participación en el estudio sin el riesgo de exponerse a represalias o algún trato perjudicado; así también el conocimiento irrestricto ya

que los sujetos de la investigación serán informados acerca de la naturaleza del estudio.

- ✓ Beneficencia, costos y reciprocidad: Se refiere a que, por encima de todo, no se causara daño, es decir se protegerá a los sujetos participantes en la investigación contra daño físico o consecuencia psicológica, también se aseguró que su participación o información proporcionada no se utilice contra ellos, y la investigación se realizó por personas calificadas científicamente.

- ✓ Principios de justicia: Se tuvo un trato justo, equitativo y sin discriminación, ni prejuicios con cada uno de los sujetos, antes, durante y después de su participación en el estudio.

III. RESULTADOS

TABLA 01

**DISTRIBUCION DE 124 PERSONAS CON DIABETES SEGUN SU
AUTOESTIMA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2017**

AUTOESTIMA	Frecuencia	%
Nivel de autoestima bajo	1	0.8%
Nivel de autoestima medio	117	94.4%
Nivel de autoestima alto	6	4.8%
Total	124	100%

Fuente: datos procesados en IBM SPSS Statistics 24

TABLA 02**DISTRIBUCION DE 124 PERSONAS CON DIABETES SEGUN SU CALIDAD DE VIDA Y SUS DIMENSIONES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2017**

CALIDAD DE VIDA Y SUS DIMENSIONES		Frecuencia	%
Calidad de vida	Baja	0	0.0%
	Media	32	25.8%
	Alta	92	74.2%
Dimensión de Satisfacción con el tratamiento	Bajo	0	0.0%
	Regular	37	29.8%
	Alto	87	70.2%
Dimensión impacto del tratamiento	Bajo	98	79.0%
	Regular	25	20.2%
	Alto	1	0.8%
Preocupación Social-Vocacional	Bajo	120	96.8%
	Regular	4	3.2%
	Alto	0	0.0%
Preocupación relacionada con la diabetes	Bajo	64	51.6%
	Regular	56	45.2%
	Alto	4	3.2%
Total		124	100.0%

Fuente: datos procesados en IBM SPSS Statistics 24

TABLA 03

RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2017.

SISFACCÍÓ	AUTOESTIMA								
	N CON EL	Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto		Total	
		TRATAMIENTO	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Baja	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0	0%
Regular	1	0.8%	36	29.0%	0	0.0%	37	30%	
Alta	0	0.0%	81	65.3%	6	4.8%	87	70%	
Total	1	0.8%	117	94.4%	6	4.8%	124	100%	

Gamma: 1 p: 0,011

Fuente: Datos procesados en IBM SPSS Statistics 24

TABLA 04

RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2017.

IMPACTO CON DEL TRATAMIENTO	AUTOESTIMA							
	Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	1	0.8%	91	73.4%	6	4.8%	98	79%
Regular	0	0.0%	25	20.2%	0	0.0%	25	20%
Alta	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	1	1%
Total	1	0.8%	117	94.4%	6	4.8%	124	100%

Gamma: 0,714 p: 0,062

Fuente: Datos procesados en IBM SPSS Statistics 24

TABLA 05

RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: PREOCUPACIÓN SOCIAL/VOCACIONAL EN PERSONAS CON DIABETES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2017.

PREOCUPACIÓN SOCIAL- VOCACIONAL	AUTOESTIMA							
	Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	1	0.8%	113	91.1%	6	4.8%	120	97%
Regular	0	0.0%	4	3.2%	0	0.0%	4	3%
Alta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0%
Total	1	0.8%	117	94.4%	6	4.8%	124	100%

Gamma: -0,714 p: 0,156

Fuente: Datos procesados en IBM SPSS Statistics 24

TABLA 06

RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: PREOCUPACIÓN RELACIONADA CON LA DIABETES EN PERSONAS CON DIABETES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2017.

PREOCUPACIÓN RELACIONADA CON LA DIABETES	AUTOESTIMA							
	Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	1	0.8%	60	48.4%	3	2.4%	64	52%
Regular	0	0.0%	53	42.7%	3	2.4%	56	45%
Alta	0	0.0%	4	3.2%	0	0.0%	4	3%
Total	1	0.8%	117	94.4%	6	4.8%	124	100%

Gamma: 0,135 p: 0,712

Fuente: Datos procesados en IBM SPSS Statistics 24

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio de investigación sobre “Autoestima y Calidad de vida en personas con diabetes, Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017”, se obtuvieron los siguientes resultados:

En la tabla 01, se presenta la distribución de 124 personas con diabetes según su nivel de autoestima. Los resultados evidenciaron que el 94.4 por ciento de personas con diabetes presentaron nivel de autoestima medio, seguido de un 4.8 por ciento con nivel de autoestima alto y el restante 0.8 por ciento nivel de autoestima bajo.

Probablemente, los porcentajes mayores de nivel de autoestima medio en personas con diabetes (94.4 por ciento) se debe, a que esta enfermedad ha vulnerado sus estados de ánimos de las personas con diabetes por tener que alterar sus estilos de vida, sus roles y relaciones sociales, las cuales están sujetas a las complicaciones propias de la enfermedad.

Estas personas se caracterizan porque sus conductas pueden ser positivas, tales como mostrarse optimistas y capaces de aceptar críticas, sin embargo, presentan tendencia a sentirse inseguros en las estimaciones de su valía personal y pueden depender de la aceptación social (Coopersmith, 1967).

Dentro de las investigaciones que coinciden con los resultados encontrados tenemos a la de Colunga y cols. (2008), en la Habana-Cuba, quienes realizaron una investigación con el objetivo de describir las características psicosociales en personas con diabetes tipo 2; de los resultados referidos a la autoestima se encontró, que el 41 por ciento presentó nivel de autoestima alto y el 59 por ciento nivel medio. Así también, Pajuelo y Salvatierra (2015), en Trujillo-Perú, en su estudio titulado: “Autoestima y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes tipo 2”, encontró que el 16.4 por ciento de adultos tiene alto nivel de autoestima, un 50.7% tiene nivel medio, y 32.9 por ciento tiene bajo nivel.

La valoración del nivel de autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual esta persona cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno, Coopersmith (1967). Este aspecto valorativo de la persona con diabetes es fundamental para buscar el equilibrio psicológico que se necesita al vivir con una enfermedad crónica y que según los resultados indicaron valores de nivel medio

En otra investigación realizada por Arguetas et al. (2012), en el Salvador, titulada: “La diabetes es una deficiencia que afecta la autoestima de los pacientes adultos que asisten a un hospital”, encontraron, que el 64 por ciento de pacientes presentan nivel de autoestima medio alto y 36 por

ciento nivel de autoestima medio bajo. Se especifica en más detalle el nivel medio de autoestima, definiendo dos subniveles. El nivel medio alto hace se refiere a la aceptación de la persona con diabetes, tal y como es en el momento actual de su enfermedad, sus sentimientos son positivos, son independientes y capaces de realizar las cosas que se proponen. Para el nivel de autoestima medio bajo, la persona algunas veces se siente productiva, confía en sí mismo y por lo general, sus estados de ánimo son bajos y dependen de las personas con que se encuentren.

Es necesario, que, en la condición de padecer una enfermedad crónica como la diabetes, con tratamiento y cuidados de por vida, se requiere que la persona, mantenga un buen nivel de autoestima para poder sobrellevar las dificultades del tratamiento, sobreponerse y seguir manteniendo su proyecto de vida, aunque sin evitar algunas modificaciones que surgen por las limitaciones que se le pueda presentar (Hogg y Vaughan, 2010).

En conclusión, los resultados evidencian que el nivel de autoestima medio predomina en la muestra de estudio (94,4 por ciento), los cuales son comprendidos como una situación normal para la persona que vive con la enfermedad y su tratamiento de por vida, como es el caso de la diabetes, situación que ha alterado sus estilos de vida y en algunos casos, según sea el grado de complejidad, experimenta complicaciones propias de la enfermedad limitando sus proyectos de vida.

En la tabla 02, se presenta la distribución de 124 personas con diabetes según su calidad de vida y sus dimensiones. Los resultados mostraron que el 74.2 por ciento presenta calidad de vida alta y el restante 25.8 por ciento calidad de vida media. Para las dimensiones de la calidad de vida se tiene: en la dimensión de satisfacción con el tratamiento, el 70,2 por ciento presentó alto nivel de satisfacción y el 29.8 por ciento regular nivel. En la dimensión de impacto del tratamiento, el 79 por ciento presentó bajo nivel de impacto, 20.2 por ciento regular nivel y el 0,8 por ciento alto nivel. Para la dimensión de preocupación social-vocacional, el 96.8 por ciento presentó bajo nivel de preocupación y el 3.2 por ciento regular nivel. Finalmente, para la dimensión de preocupación relacionada con la diabetes, el 51,6 por ciento presento bajo nivel de preocupación, 45.2 por ciento regular nivel y 3.2 por ciento alto nivel.

Probablemente, estos resultados se deben a que la calidad de vida en las personas con diabetes está constantemente valorada por parte del personal de salud, tal es así, que a nivel de MINSA existe la “Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles”, que se ejecuta en el Hospital Regional Docente de Trujillo, donde las intervenciones del personal de enfermería son de gran importancia para el cuidado de las personas con diabetes, todas ellas con la finalidad de mantener un buen nivel de calidad de vida mediante la educación para la adecuada adherencia al tratamiento.

Algunas investigaciones que coinciden con los resultados encontrados, es la de Haya y Paima (2012), en Tarapoto- Perú, en su estudio titulado: “Calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2 del programa de Diabetes mellitus del Hospital de Essalud-II Tarapoto”, la cual evidencio que el 66.2 por ciento de los pacientes diabéticos presentaron nivel alto de calidad de vida, seguido de 33.8 por ciento de nivel regular, no encontrándose porcentajes de calidad de vida baja.

De la misma manera, los investigadores Rodas y Saldarriaga (2012), en Chepén- Perú, en su investigación titulada: “Conocimiento y prácticas de autocuidado relacionado con la calidad de vida en adultos con diabetes mellitus”, encontraron que el 63.46 por ciento de adultos diabéticos presentan nivel de calidad de vida alta y el 36,54 por ciento nivel bajo.

Sin embargo, algunas investigaciones no coinciden con los resultados encontrados, como la de Gamboa (2013), en Lima-Perú, en su estudio titulado: “Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”, donde evidenció que el 59 por ciento de los pacientes diabéticos presentaron una percepción medianamente favorable sobre su calidad de vida, el 22 por ciento una percepción favorable y el 19 por ciento percepción desfavorable.

Así también, Bautista y Zambrano (2015), en Colombia, en su estudio titulado: “Calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención”, encontraron que de los pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en el estudio, el 62,3 por ciento tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7 por ciento consideró tener un estado de salud bueno. Los resultados de estas últimas investigaciones mencionadas varían en comparación a la presente, puesto que el valor predominante es la calidad de vida media.

Cuando se trata de medir la calidad de vida, esta hace referencia a todos aquellos aspectos que experimenta directamente la persona con diabetes, en lo que refiere a su función física, mental, social y la percepción general de la salud. La percepción de la calidad de vida relacionada con la salud varía entre personas y es un concepto dinámico. Personas con la misma enfermedad pueden tener diferentes percepciones sobre lo que es calidad de vida, estas van a depender del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones (OMS, 1996).

Por lo tanto, el encontrar valores mayores de calidad de vida alta en personas con diabetes, es información valiosa y satisfactoria para el personal de salud que labora en el Hospital Regional Docente de Trujillo,

porque es consecuencia de su adecuada intervención y percepción positiva de parte de la persona con diabetes para afrontar la enfermedad.

Según el instrumento utilizado en la presente investigación, el mayor nivel de calidad de vida alto, sería respuesta a las valoraciones de las dimensiones de la calidad de vida evidenciándose: mayor satisfacción con el tratamiento (70.2 por ciento), bajo impacto del tratamiento (79 por ciento), baja preocupación social/vocacional (96.8 por ciento) y baja preocupación relacionada con la diabetes (51.6 por ciento). Estos resultados son considerados muy positivos para la población de personas con diabetes, lo cual da una referencia de una buena adherencia al tratamiento y manejo psicosocial de la enfermedad.

Investigaciones que se asemejan a los resultados encontrados, son el de Haya y Paima (2012), los que refieren que en cuanto a la satisfacción con el tratamiento, el 91,9 por ciento está muy satisfecho y el 8,1 por ciento a veces satisfecho; para el impacto de la enfermedad, el 81,1 por ciento nunca está impactado y el 18,9 por ciento a veces está impactado; para la dimensión de preocupación por los efectos futuros y aspectos sociales, el 75,7 por ciento a veces se preocupa, el 17,6 por ciento siempre se preocupa y el 6,8 por ciento nunca se preocupa. Así también, Bautista y Zambrano (2015), en Colombia, en relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las subescalas de la calidad de vida, encontró

que la más afectada es la del impacto en el tratamiento y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad.

Finalmente, de todo lo anteriormente expuesto podemos afirmar, que la calidad de vida tiene su máxima expresión en su relación con la salud, que no solo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales (García y Rodríguez, 2007).

Por consiguiente, la calidad de vida está estrechamente vinculada con el nivel de satisfacción con el tratamiento para la diabetes. Así también, el impacto de su tratamiento debe ser bajo, puesto que la persona con diabetes debe estar informada y sus niveles de preocupación deben ser de baja a regular intensidad y evaluadas de forma más especializada para evitar complicaciones propias de la enfermedad.

En la tabla 03, se muestra la distribución de 124 personas con diabetes según la relación entre Autoestima y la Dimensión de la Calidad de vida: Satisfacción con el tratamiento. Los resultados muestran que cuando el nivel de autoestima es medio, el 65.3 por ciento presenta alta satisfacción y el 29.0 por ciento regular satisfacción; cuando el nivel de autoestima es alto, el 4.8 por ciento presentó alta satisfacción con el tratamiento; finalmente, cuando el nivel de autoestima es bajo, solamente

el 0,8 por ciento de las personas con diabetes presentan regular satisfacción con el tratamiento. Al aplicar la prueba estadísticas gamma, se tuvo como resultado que existe relación significativa entre las variables ($p=0.011$).

Los resultados encontrados probablemente se deban, a que la satisfacción de la persona con diabetes, con su tratamiento, está relacionada con la adherencia terapéutica que trae consigo la reducción de los síntomas y el control de la enfermedad. Las acciones del cuidado de la salud de la persona con diabetes van a depender de la aceptación de su nueva condición de vida y una actitud positiva frente a su enfermedad que se verá reflejada en los niveles de autoestima que presenten (Villar et al., 2009; Badia, 2005).

No se encontraron investigaciones que coincidan o discrepen con los resultados, sin embargo, algunos investigadores afirman que los niveles de satisfacción que la persona alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir, de su autovaloración y la jerarquía motivacional que se expresa en la autoestima que la persona con diabetes presenta (García y Rodríguez, 2005).

Por lo tanto, la relación entre las variables autoestima y la satisfacción con el tratamiento existe y están íntimamente relacionadas; si la persona con diabetes tiene un buen concepto de sí mismo, se auto valora

positivamente y toma sus propias decisiones sin influencia de terceros, entonces mantendrá la satisfacción con su tratamiento al ser partícipe activo de su propio cuidado y con ello una buena adherencia terapéutica.

En la tabla 04, se muestra la distribución de 124 personas con diabetes según la relación entre Autoestima y la Dimensión de la Calidad de vida: impacto del tratamiento. Los resultados muestran que cuando el nivel de autoestima es medio, el 73.4 por ciento presenta bajo impacto, seguido de 20.2 por ciento con regular impacto y 0.8 por ciento con alto impacto; Cuando el nivel de autoestima es alto, solo el 4.8 por ciento presentó bajo impacto del tratamiento; cuando el nivel de autoestima es bajo, el 0,8 por ciento de las personas con diabetes presentan bajo impacto del tratamiento. Al aplicar la prueba estadísticas gamma, se tuvo como resultado que no existe relación significativa entre las variables ($-p=0.062$).

Los resultados encontrados, probablemente se deben a que la dimensión de impacto del tratamiento, según los resultados encontrados, también es una variable independiente del nivel de autoestima. La intensidad del impacto del tratamiento está relacionado con la enfermedad propiamente dicha y se da en mayor intensidad cuando le comunican por primera vez su diagnóstico, cuando recibe los tratamientos médicos indicados, cuando acude al centro de salud u hospital a realiza sus controles y ve afectada sus múltiples actividades, la cual ha sido estable, organizada y orientada a sus proyectos personales, que pueden verse

frustrados, sino asimila bien la nueva situación de salud sin que ello implique una disminución de su autoestima.

No se encontraron investigaciones que coincidan o discrepen con los resultados de la presente investigación, por lo que las deducciones son fundamentadas en los conocimientos científicos que se tiene acerca de las variables.

La diabetes provoca un impacto en la integridad de la persona con diabetes, la magnitud del mismo dependerá de diversos factores, mas allá de considerar el nivel de autoestima, está la manera en que lo comunique el médico, la intensidad de los síntomas, la duración y severidad de complicaciones que se presenten y las habilidades de afrontamiento que ha desarrollado la persona a lo largo de su vida (Camacho y Galán, 2015; Yanguas, 2006).

De los resultados, podemos evidenciar que existe un pequeño, pero no menos importante, porcentaje de personas con diabetes que tienen regular impacto del tratamiento (20.2 por ciento), así como, un 0,8 por ciento que presentan alto impacto. Esta situación puede deberse a que el impacto del tratamiento en la persona con diabetes, se acentúa por su condición de enfermo en situación de complejidad o pluripatológico.

Sus principales características son: presencia de varias enfermedades crónicas a la vez; frecuentes visitas al hospital, sea por urgencia, consultas externas o ingresos de estancia media prolongada; poli medicación; disminución de la autonomía personal, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia; uso elevado de recursos sanitarios y sociales; y factores adicionales como edad avanzada, vivir solo, escaso apoyo familiar y social, secuelas de patología previa, etc. (Merck y Dohme, 2016).

En conclusión, los resultados encontrados son consecuencia de la práctica de la “Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles”, donde personal de salud, especialmente de enfermería, ejerce su función educativa a la población que acude al mencionado nosocomio, haciendo un diagnóstico temprano de la enfermedad, identificando casos de prediabetes, para que retrasen la aparición de la enfermedad propiamente dicha y, en caso de padecerla, prevenir sus complicaciones, de tal manera, que el impacto de dicha enfermedad no sea tan dramático, inesperado y sobre todo en etapas avanzadas y con complicaciones.

En la tabla 05, se muestra la distribución de 124 personas con diabetes según la relación entre Autoestima y la Dimensión de la Calidad de vida: preocupación social/vocacional. Los resultados muestran que cuando el nivel de autoestima es medio, el 91.1 por ciento presenta baja preocupación, seguido de 3.2 por ciento con regular preocupación; Cuando

el nivel de autoestima es alto, solo el 4.8 por ciento presentó baja preocupación social/vocacional; cuando el nivel de autoestima es bajo, el 0,8 por ciento de las personas con diabetes presentan baja preocupación. Al aplicar la prueba estadísticas gamma, se tuvo como resultado que no existe relación significativa entre las variables ($-p=0.156$).

Probablemente, los resultados encontrados donde se muestran que la preocupación social/vocacional de la persona con diabetes, es en el 96.8 por ciento de nivel bajo, se deba a que la mayoría de ellos son ya adultos mayores que ya no ejercen una actividad laboral productiva. Sin embargo, 3.2 por ciento presentaron regular preocupación social/vocacional; estas personas se ven afectados en su ámbito de relaciones sociales y en su vida profesional o laboral; muchas veces pueden disminuir su capacidad para laborar por las limitaciones que pueden presentarse producto de las complicaciones de la enfermedad, y con ello, poner en riesgo su trabajo o en casos extremos dejar de trabajar, lo que causaría una alteración en los roles de la familia y en su nivel de autoestima.

No se encontraron investigaciones que coincidan o discrepen con los resultados encontrados, sin embargo, estos demuestran que la variable autoestima sigue manteniéndose independiente de otra dimensión de la calidad de vida, como lo es la preocupación social/vocacional.

Los bajos niveles de preocupación social/ vocacional encontrados, pueden ser resultado de que la población en estudio sea una población

añeja, la cual ya no ejerce actividad laboral productiva, ni acude a reuniones de socialización, como cuando era más joven, y en caso contrario, no le preocupa porque pertenece a grupos de integración como el del adulto mayor, programa del MINSA que actualmente se ejecuta en los centros de salud y hospitales. Por lo tanto, su nivel de autoestima se mantiene según lo que el percibe de sí mismo, y sus preocupaciones son en su mayoría de baja intensidad no evidenciándose relación entre variables.

En la tabla 06, se muestra la distribución de 124 personas con diabetes según la relación entre Autoestima y la Dimensión de la Calidad de vida: preocupación relacionada con la diabetes. Los resultados muestran que cuando el nivel de autoestima es medio, el 48.4 por ciento presenta baja preocupación, seguido de 42.7 por ciento con regular preocupación y 3.2 por ciento con alta preocupación; cuando el nivel de autoestima es alto, el 2.4 por ciento presentó baja preocupación seguido de 2.4 por ciento con regular preocupación; cuando el nivel de autoestima es bajo, el 0,8 por ciento de las personas con diabetes presentan baja preocupación relacionada con la diabetes. Al aplicar la prueba estadísticas gamma, se tuvo como resultado que no existe relación significativa entre las variables ($-p=0.712$).

Los resultados encontrados probablemente se deban, a que la dimensión preocupación relacionada con la diabetes, es considerada necesaria para ejercer sus propios cuidados, sin embargo, esta no debe

sobrepasar los límites normales que conlleven a cuadros de ansiedad, estrés y/o depresión. La preocupación estará siempre presente en la persona con diabetes, por el simple hecho de padecer una enfermedad crónica que requiere cuidados diarios y un nuevo estilo de vida a la cual quizás no está acostumbrado. Por consiguiente, según los resultados de la presente investigación, el nivel de autoestima que esta persona manifieste será independiente de sus preocupaciones por la enfermedad.

Para la mayoría de investigadores la preocupación es un proceso cognitivo normal, el cual está presente tanto en la población clínica como en la que no presenta trastornos físico y/o mentales. Sin embargo, cuando la actividad cognoscitiva se vuelve no deseada, incontrolable, adversa, asociada con pensamientos negativos y sensación de malestar emocional, pueden dar lugar a sentir que la enfermedad tiene un gran impacto en la vida diaria, reduciendo la satisfacción con la vida en general (Portilla, 2011; APA, 2002; Vetere et al., 2011).

Un estudio que coincide con los resultados encontrados, es el realizado a nivel mundial, por la Federación internación de diabetes (FID) y la compañía farmacéutica Novartis, titulado: "Estudio Time 2 Do More in Diabetes", presentado en el Congreso Mundial de Diabetes en el año 2013, en Australia; el estudio reveló que uno de cada cuatro pacientes, se muestra realmente preocupado por la posibilidad de desarrollar complicaciones asociadas a la enfermedad. Y es que hasta en un 75% de

los casos no les preocupa o consideran que el riesgo es remoto. Estos resultados confirman lo encontrado, de que la preocupación relacionada con la diabetes en las personas afectadas es en su mayoría de nivel bajo (51.6%) (FID, 2013).

V. CONCLUSIONES

De la presente investigación se plantean las siguientes conclusiones:

1. El 94.4% de personas con diabetes, presentaron nivel de autoestima medio, 4.8% nivel alto y 0.8% nivel de autoestima bajo.
2. El 74.2% de personas con diabetes presentaron calidad de vida alta y 25.8% calidad de vida media. Según sus dimensiones, destaca que el 70,2% presentó alto nivel de satisfacción con el tratamiento, 79% bajo nivel de impacto, 96.8% bajo nivel de preocupación y 51,6% bajo nivel de preocupación relacionada con la diabetes.
3. Existe relación entre el nivel de autoestima y la dimensión de la calidad de vida: satisfacción con el tratamiento en personas con diabetes ($p= 0.011$).
4. No existe relación entre el nivel de autoestima y la dimensión de la calidad de vida: impacto del tratamiento en personas con diabetes ($p= 0.062$).
5. No existe relación entre el nivel de autoestima y la dimensión de la calidad de vida: preocupación social/vocacional en personas con diabetes ($p= 0.156$).
6. No existe relación entre el nivel de autoestima y la dimensión de la calidad de vida: preocupación relacionada con la diabetes en personas con diabetes ($p= 0.712$).

VI. RECOMENDACIONES

De la presente investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Investigar otras variables de estudio que puedan estar relacionadas e influenciar en la calidad de vida de la persona con diabetes, como por ejemplo el apoyo familiar, el desempeño de roles dentro del ámbito social, patologías agregadas, etc.
2. Que se implementen mayores actividades con participación del psicólogo, para que las personas con diabetes que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles del HRDT, fortalezcan su nivel de autoestima.
3. Que se realicen estudios de tipo cualitativo para complementar la valoración de las dimensiones de la calidad de vida en personas con diabetes, de tal manera que se tenga una mejor visión de la experiencia vivida de estas personas, lo que permitirá una mayor comprensión de sus respuestas en el cuidado de su salud.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA: Asociación American de Diabetes (2016). Diagnostico de la diabetes e información sobre la prediabetes. Recuperado de:

<http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diagnstico.html?loc=superfooter-es>

APA: American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV T-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4 ed. Barcelona: Masson.

Ardila R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2): 161-164.

Arguetas, B., Lovos, M. & Medrano, X. (2012). La diabetes es una deficiencia que afecta la autoestima de los pacientes adultos que asisten al Hospital Nacional "Dr. Hector Antonio Hernandez Flores". (Tesis pre grado). Universidad de El Salvador.

Artola, S. (2012). Estrategia en diabetes del sistema nacional de salud. España- Madrid: Edita y publica el ministerio de sanidad, *Servicios sociales e igualdad*; p. 5,9 y15.

Badia, X. (2005). La satisfacción con el tratamiento. *Med Clin (Barc)*; 125(3): 98-99.

Bautista, L & Zambrano, G. (2015). Calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. *Investig Enferm*; 17(01): 131- 148.

Camacho, E & Galan, J. (2015). Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud. México: Manual moderno.

Chaverri, J & Fallas J. (2015). Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de costa rica y centroamerica LXXII, 614*: 217-224.

Colunga, C., Garcia, J., Gonzalez, M & Salazar, J. (2008). Caracterización psicosocial del pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Rev. Cubana Salud Publica*, 34 (04).

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Consulting Psychologists Press.

Corkille, B. (2001). *El Niño Feliz*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Craighead, E.; Mchale, S & Poper, A. (2001). Self-Esteem Enhancement With. Citado por Steiner, D. (2005). La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano. (Tesis de pregrado). Tecana American University. Maracaybo.

Del Castillo, R., Fernández, J. & Del Catillo, F. (2015). Guía de práctica clínica en el pie diabético. Editado por Internet Medical Publishing.

Dioses, J. (2010). Escala de Autoestima de Coopersmith Versión Adultos. Recuperado de:

https://www.academia.edu/3093021/TEST_DE_COOPERSMITH_ADULTOS

Dunn (1996), citado por Steiner, D.(2005). La Teoría de la Autoestima en el Proceso Terapéutico para el Desarrollo del Ser Humano (trabajo especial de grado). Tecana American University-Bachelor of Art in Psychology.

FID: Federación Internacional de Diabetes (2013). Estudio Time 2 Do More in Diabetes. Rev. Somos pacientes. Recuperado de:

<https://www.somospacientes.com/noticias/avances/el-75-de-los-pacientes-con-diabetes-no-se-preocupa-por-las-complicaciones/>

FID: Federación Internacional de Diabetes (2015). Diabetes Atlas de la FID.

Recuperado de: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial>

Gamboa, C. (2013). Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida, Programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. (Tesis de pre grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

García, C y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. Ciudad de la habana: Rev haban cienc med, 6(4).

González, V., Hernández, M. & Lorig, K. (2013). Tomando control de su salud: una guía para el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes, asma, bronquitis, enfisema y otros problemas crónico. USA: Editorial Bull Publishing Company.

Gamboa, C. (2013). Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (Tesis de pre-grado). Universidad Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

García, V & Rodríguez, G. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. Rev. Psicología Iztacala, 2: 115-121.

Gorrias, J., Martínez, A., Moro, C. & Navarro, J. (Ed.) (2012). Diabetes y enfermedad renal crónica. España: Editorial nefrología de la sociedad española de nefrología.

Haya, K. & Paima, K. (2012). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de Diabetes mellitus del Hospital de Essalud-II Tarapoto. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Martín.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. 5ed. México: Editorial McGraw-Hill.

Hernández, N & Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Libros en red, P. 56.

Hernando, I. (2009). Nefrología Clínica. 3 ed. España: Editorial Médica Panamericana. P. 410- 412.

Hogg, M & Vaughan, G. (2010). Psicología Social. 5 ed. Madrid: Panamericana.

Huaman, J. (12 de noviembre del 2013). Revelan que 54 mil personas son diabéticos en la región la Libertad. RPP Noticias. Recuperado de: <http://rpp.pe/peru/actualidad/revelan-que-54-mil-personas-son-diabeticos-en-la-region-la-libertad-noticia-647043>

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). Encuesta demográfica y de salud familiar 2014. Recuperado de:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Fauci, A., Longo, D. & Loscalzo, J. (2015).

Lara, A., Verduzco, A., Acevedo, M. & Cortes, J. (1993). Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, en población Mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología, 25 (2). Pp. 247-255. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525207>

Mateos, M. (2012). Calidad de vida y complicaciones en el paciente diabético. Farmacéuticos comunitarios; 5(2): 50-58.

Mckay, M., & Fanning, P. (1999). Autoestima: Evaluación y Mejora. Madrid: Ediciones Martínez Roca.

Menat, E. (2010). Dietética de la Diabetes. Recuperado de:

<https://books.google.com.pe/books?id=KE1uyrHVkG0C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Merck S y Dohme C (2016). El paciente crónico. España. Recuperado de: https://www.msdsalud.es/Assets/docs/dossier_msd/el-paciente-cronico.pdf

Millan, M. (2002). Cuestionario calidad de vida en diabetes. Aten Primaria, 29(8): 517-521.

MINSA: Ministerio de Salud. (2015). Situación de la diabetes en el Perú. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/diabetes/index.asp?pg=1>

Mussen, P.; Conger, J. & Kagan, T. (2000). Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México: Editorial Trillas.

Oblitas, L. (2010). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. 3 ed. México: Cengage learning. Pp. 251.

Organización Mundial de la Salud: OMS. (1996). Foro Mundial de la Salud. Ginebra; 1996.

OMS: Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe Mundial sobre la Diabetes. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16_3_spa.pdf?ua=1

OPS/OMS: Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud (2012, 14 de noviembre). La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. Washington. Recuperado de: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=467:la-diabetes-muestra-tendencia-ascendente-americas

Orbegoso, A (2012). Relación entre el Nivel de Calidad de Vida y Adaptación en Pacientes en Tratamiento de Hemodialisis Vs. Diálisis Peritoneal (Tesis pre- grado). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Trujillo- Perú.

Pajuelo, L. & Salvatierra, G. (2015). Autoestima y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 (tesis pre- grado). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo-Perú.

Perol M. (2000) Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Análisis de psicología*. 16 (2): 111-122.

Portilla, L. (2011). Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con o sin adherencia al tratamiento (tesis de pregrado). Universidad Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

Prados J. (2005). La preocupación: teoría e intervención. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/4609>

Ramos, W. (2016). Situación de la vigilancia epidemiológica de diabetes en establecimientos de salud-año 2016. Ministerio de salud. Recuperado de:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE022017/02diabetes.pdf>

Rodas, E & Saldarriaga, D. (2012). Conocimiento y prácticas de autocuidado relacionado con la calidad de vida en adultos con diabetes mellitus. (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo.

Romero, E; Acosta, S; Carmona, I; Jaimes, A; Masco, M; Aes, A & Vega C. (2010). Calidad de vida de personas con diabetes. Rev. Cienc. Biomed; 1 (2): 190-198.

Rosemberg, M. (1996). Counseling The Self. New York: Basic Book.

Salazar, E., Pando, M., Aranda, B., Torres, I & Colunga, R. (2005). La calidad de vida en un grupo de adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en comparación con un grupo de adultos sin diagnóstico de diabetes. *Rev. Salud Pública*, 1: 137-149.

Salazar, J; Gutiérrez, A; Aranda, C; González, R & Pando, M. (2012). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara. *Salud Uninorte Barranquilla*; 28(2): 264-275.

Seclen, S. (2015). Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. *Rev Med Hered*, 26, p. 3-4.

Schwartzman L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm*. 9 (2): 09-21.

Steiner, D. (2005). La teoría de la Autoestima en el Proceso Terapéutico para el desarrollo del ser humano (Trabajo especial de grado). Tecana American University-Bachelor of Art in Psychology.

Testa, M. (2003). Mejorar la terapia de diabetes: aumentar la satisfacción. *Diabetes voice*, 48(04): 23-24.

Vetere, G; Azrilevich, P; Colombo, M & Rodríguez, R (2011). La preocupación como estrategia de afrontamiento en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada. Buenos Aires: Anu. investig. 18.

Villar J, Lizán L, Soto J & Peiró S. (2009). La satisfacción con el tratamiento. *Aten Primaria*; 41(11): 637-645

Wilber, K. (1995). *El proyecto Atman*. Barcelona: Editorial Kairós.

Yanguas, J (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. España.

Yepez, I., García, R. & Toledo, TT. (2012). Complicaciones Agudas, Crisis Hiperglucemia. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* 10(01).

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA

ANEXO N°01

**FORMULA PARA CÁLCULO DE LA MUESTRA EN POBLACIONES
FINITAS**

$$n = \frac{NP(1 - P)}{N\left(\frac{E}{z}\right)^2 + P(1 - P)}$$

Donde:

N= Tamaño de la población muestral

z= Coeficiente de confiabilidad, asociado a un Nivel de Confianza 100(1- α)%

P= Proporción poblacional

E= Error máximo tolerado en la estimación del parámetro.

Cálculos:

Total de la población (N)	217
(Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Error (E)	5%
Proporción esperada	6%
Tamaño de muestra (n)	120

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA

ANEXO N°02

**INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH VERSION
ADULTO**

Elaborado por Coopersmith (1967)

Instrucciones: En las siguientes preguntas encontraras una lista de frases sobre sentimientos.

Si una frase describe como generalmente tú te sientes, marca con una X en la columna de VERDADERO.

Si una frase no describe como generalmente tú te sientes, marca con una X en la columna de FALSO.

N°	ITEMS	Verdadero	Falso
1	Usualmente las cosas no me molestan	X	
2	Me resulta difícil hablar en frente de un grupo		X
3	Hay muchas cosas en mi que cambiaria si pudiese		X
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad	X	
5	Soy muy divertido	X	
6	Me alegro fácilmente en casa		X
7	Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva		X
8	Soy popular entre las personas de mi edad	X	
9	Generalmente mi familia considera mis sentimientos	X	
10	Me rindo fácilmente		X
11	Mi familia espera mucho de mi		X

12	Es bastante difícil ser “yo mismo”		X
13	Me siento muchas veces confundido		X
14	La gente usualmente sigue mis ideas	X	
15	Tengo una pobre opinión acerca de si mismo		X
16	Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de mi casa		X
17	Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo		X
18	No estoy tan simpático como mucha gente		X
19	Si tengo algo que decir, usualmente lo digo	X	
20	Mi familia me comprende	X	
21	Muchas personas son mas preferidas que yo		X
22	Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionando		X
23	Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago		X
24	Frecuentemente desearía ser otra persona		X
25	No soy digno de confianza		X

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA

ANEXO N°03

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECIFICO PARA LA
DIABETES MELLITUS (EsDQOL)**

Elaborado por Grupo Trial (1988)

Modificado por Millan (2002)

Edad: **Sexo:**.....

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de preguntas de las cuales responda con sinceridad marcando con una X en el espacio donde describe mejor como se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas preguntas. Nos interesa su opinión.

N	DIMENSIONES	Respuestas					
	A. SATISFACCION	Muy satisfecho	Mas o menos satisfecho	Ningun o	Mas o menos insatisfecho	Muy insatisfecho	
1	¿está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?	1	2	3	4	5	
2	¿está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en las revisiones medicas?	1	2	3	4	5	
3	¿está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azucar?	1	2	3	4	5	
4	¿esta usted satisfecho con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5	
5	¿esta usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?	1	2	3	4	5	
6	¿esta usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?	1	2	3	4	5	
7	¿esta usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?	1	2	3	4	5	
8	¿esta usted satisfecho con su sueño?	1	2	3	4	5	

9	¿esta usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5	
10	¿esta usted satisfecho con su vida sexual?	1	2	3	4	5	
11	¿esta usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?	1	2	3	4	5	
12	¿esta usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5	
13	¿esta usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5	
14	¿esta usted satisfecho con su tiempo libre?	1	2	3	4	5	
15	¿esta usted satisfecho con su vida en general?	1	2	3	4	5	
	B. IMPACTO	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo	
16	¿con que frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?	1	2	3	4	5	
17	¿con que frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?	1	2	3	4	5	
18	¿con que frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5	
19	¿con que frecuencia su diabetes interviene en la vida familiar?	1	2	3	4	5	
20	¿con que frecuencia tiene problemas para dormir?	1	2	3	4	5	
21	¿con que frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5	
22	¿con que frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5	
23	¿con que frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?	1	2	3	4	5	
24	¿con que frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una maquina ?	1	2	3	4	5	
25	¿con que frecuencia su diabetes interfiere en la realización del ejercicio?	1	2	3	4	5	
26	¿con que frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?	1	2	3	4	5	
27	¿con que frecuencia, se encuentra usted mismo explicándose que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5	
28	¿con que frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?	1	2	3	4	5	

29	¿con que frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	
30	¿con que frecuencia, siente que por su diabetes va al baño más que los demás ?	1	2	3	4	5	
31	¿con que frecuencia come algo que no debe, antes de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5	
32	¿con que frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted esta teniendo una reacción insulínica?	1	2	3	4	5	
	C. PREOCUPACION: SOCIAL /VOCACIONAL	Nunca	Poco	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre	No aplica
33	¿con que frecuencia le preocupa que se casara?	1	2	3	4	5	0
34	¿con que frecuencia le preocupa si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
35	¿con que frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?	1	2	3	4	5	0
36	¿con que frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?	1	2	3	4	5	0
37	¿con que frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?	1	2	3	4	5	0
38	¿con que frecuencia le preocupa si perderá el empleo ?	1	2	3	4	5	0
39	¿con que frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?	1	2	3	4	5	0
	D. PREOCUPACION RELACIONADA CON LA DIABETES	Nunca	Poco	Algunas veces	Con frecuencia	siempre	No aplica
40	¿con que frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento ?	1	2	3	4	5	0
41	¿con que frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0
42	¿con que frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?	1	2	3	4	5	0
43	¿con que frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA

ANEXO N°04

VALIDEZ DE CRITERIO:

**INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH VERSION
ADULTO**

**Coefficiente de correlación
intraclase**

	Correlación intraclase	valor-p
Medidas promedio	0.580	0.001

Estadísticas de total de elemento

Items	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I2	7.9000	8.100	0.000	0.694
I3	8.7000	7.122	0.355	0.669
I4	8.1000	7.433	0.213	0.686
I5	8.4000	7.600	0.076	0.708
I7	8.7000	8.011	-0.037	0.713
I8	8.0000	7.778	0.126	0.692
I9	8.0000	7.778	0.126	0.692
I11	8.9000	8.100	0.000	0.694
I13	8.8000	7.289	0.416	0.667
I15	8.2000	6.622	0.501	0.648
I16	8.4000	6.267	0.590	0.632
I17	8.1000	6.989	0.419	0.661
I18	8.5000	7.167	0.241	0.685
I20	8.1000	6.767	0.527	0.648
I21	8.2000	7.289	0.222	0.686
I23	8.7000	6.900	0.461	0.656
I24	8.7000	7.122	0.355	0.669

Todos estos items son válidos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA

ANEXO N°05

**VALIDEZ DE CRITERIO: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA
 ESPECIFICO PARA LA DIABETES MELLITUS (EsDQOL)**

**Coefficiente de correlación
 intraclase**

	Correlación intraclase	valor-p
Medidas promedio	0.580	0.002

Estadísticas de total de elemento

Item	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I1	105.9000	162.544	0.529	0.634
I2	106.0000	161.333	0.283	0.642
I3	105.9000	152.989	0.647	0.615
I4	106.7000	150.678	0.560	0.615
I5	106.4000	179.378	-0.177	0.671
I6	106.8000	173.067	0.161	0.654
I7	106.5000	176.944	-0.085	0.664
I8	106.5000	169.833	0.259	0.649
I9	106.5000	175.611	-0.041	0.667
I10	106.2000	159.289	0.429	0.632
I11	106.6000	165.378	0.265	0.645
I12	105.7000	151.567	0.684	0.612
I13	105.5000	165.167	0.241	0.647
I14	106.8000	163.733	0.435	0.637

I15	106.6000	172.267	0.215	0.653
I16	105.3000	170.678	0.200	0.651
I17	105.7000	175.344	-0.034	0.666
I18	105.1000	157.211	0.584	0.624
I19	105.3000	160.456	0.429	0.633
I20	105.1000	180.322	-0.197	0.674
I21	105.5000	188.056	-0.471	0.688
I22	105.1000	170.544	0.171	0.652
I23	106.3000	163.344	0.231	0.647
I24	106.7000	151.789	0.504	0.620
I25	106.0000	155.778	0.365	0.633
I26	106.2000	161.733	0.469	0.634
I27	105.1000	164.322	0.497	0.637
I28	105.5000	164.944	0.328	0.642
I29	105.9000	160.767	0.368	0.636
I30	105.6000	184.489	-0.296	0.685
I31	106.5000	176.278	-0.055	0.664
I32	106.5000	159.611	0.403	0.634
I33	108.4000	180.489	-0.380	0.669
I34	108.3000	180.678	-0.371	0.670
I35	108.3000	180.678	-0.371	0.670
I36	107.9000	165.878	0.265	0.646
I37	107.8000	182.622	-0.291	0.677
I38	106.2000	172.844	-0.025	0.677
I39	106.2000	178.622	-0.126	0.680
I40	104.6000	173.822	0.073	0.657
I41	104.8000	175.511	-0.021	0.662
I42	105.1000	187.878	-0.376	0.692
I43	105.8000	165.733	0.213	0.649

Todos estos items son válidos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

ANEXO N°06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____,
identificado(a) con DNI / ID N° _____, declaro tener conocimiento del trabajo de investigación titulado: **“Autoestima y calidad de vida en personas con diabetes. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017”**, asimismo refiero gozar de buen estado de salud, y que no tengo alteraciones visuales severas. Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo mi salud y bienestar. Me ha sido aclarado además que no hare ningún gasto, ni recibiré contribución económica por mi participación.

Firma de la participante

Firma del investigador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA

ANEXO N°07

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE TESIS

Yo, **Dra. Nancy Esmeralda, Arteaga Lujan**, docente asociada del departamento de enfermería del adulto de la Universidad Nacional de Trujillo, mediante la presente hago constar mi participación como asesora en la elaboración de la Investigación titulada: **“AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2017”**, presentado por los Bachilleres:

- Ana María, Guerrero Vergaray
- Mario Andree Uribe Castillo

Trujillo, julio del 2017

Dra. Nancy Esmeralda, Arteaga Lujan
Doc. De la Facultad de Enfermería de la UNT