



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA Y AUTOEFICACIA AL
TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO
2 USUARIOS DE LA CLÍNICA 1 DEL IMSS PACHUCA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

CHAVARRÍA ROBLES DULCE MARÍA

HERNÁNDEZ CARBAJAL PAOLA YAZMIN

DIRECTOR

DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA

Pachuca de Soto, Hidalgo, 2014.

Dedicatorias y Agradecimientos

A Dios, gracias padre por todo lo que me has dado, pues tú siempre has iluminado mi camino, y me has colmado de bendiciones. Solo tú nadie más.

A mis padres, son lo mejor que puedo tener en este mundo, pues ustedes son mi guía, mi fortaleza, mi ejemplo y mi luz para seguir adelante, no hay nadie más que pueda inspirarme como ustedes. Juntos, más allá de la vida.

A mis hermanos Jesús y Mónica, gracias. Hasta el infinito seremos hermanos, en esta y en otras vidas. Los amo y amaré.

A la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña, mis más sinceros agradecimientos por escucharme y tenderme la mano cuando más lo necesité, Dios la bendiga.

A mi segunda familia, Leticia, Osmin, Olga, Mary, Juanjo, Rafita, los adoro por compartir parte de sus vidas conmigo, y por siempre hacerme sonreír.

A mis amigas del alma Mary, Lupita, Andrea y Os, las chicas más increíbles que pude conocer, Gracias amigas por su amistad incondicional. Las quiero.

Al Dr. José de Jesús López Guerrero, siempre agradeceré sus enseñanzas y sobre todo su ayuda sincera. Lo admiro profundamente, gracias.

A Paola, mil gracias por aceptar emprender este gran proyecto conmigo, por tu empeño y dedicación al mismo; juntas, hicimos un buen equipo de trabajo. Gracias Diana, Rosario y Claudia por ayudarnos a realizar este estudio.

Al Dr. Arturo del Castillo, Gracias por todo su apoyo a este proyecto, por su tiempo y dedicación, pues fue imprescindible su dirección y colaboración. Gracias por darnos la oportunidad de difundir nuestro trabajo.

Dulce María

“... Y la luz brilla en las tinieblas, y las tinieblas no la vencieron...”
Madre Teresa de Calcuta

Dedicatorias y Agradecimientos

A Dios, por permitirme estar aquí y poder cumplir una de mis grandes metas en la vida. Por darme fuerza para enfrentar los instantes adversos pero también dejarme disfrutar de los grandes momentos de la vida.

A mis padres, ejemplos de coraje y fuerza, gracias por estar conmigo siempre, por su apoyo constante, por confiar en mí, por sus palabras que guían mi camino, por todo el esfuerzo que han hecho y por todo el cariño incondicional que me han brindado. Gracias por hacer mi camino más ligero. Para ustedes todo mi amor, admiración y agradecimiento infinito.

A mis hermanos, quienes siempre me han inspirado a seguir adelante y son un ejemplo para mí. Gracias por todo el apoyo, los quiero demasiado. A ti Vero, porque has estado conmigo siempre, me ayudas, escuchas, aconsejas nunca me dejas sola. Gracias por la confianza que has depositado en mí.

A Diana y Rosario, gracias por el apoyo para realizar esta tesis, por el tiempo y esfuerzo dedicado. Por acompañarme en este viaje de cuatro años y medio en el que vivimos inmejorables momentos. Me alegro y doy gracias porque nuestros caminos se hayan cruzado, sé que el tiempo fortalecerá esta amistad.

A Dulce, gracias por disfrutar conmigo esta experiencia y elaborar conmigo este trabajo, por el apoyo y esfuerzo compartido. Porque pude hacer este sueño posible y me es grato que seas parte de él.

Al Dr. Arturo del Castillo, gracias por el tiempo, el apoyo y la paciencia para poder realizar este trabajo. Por ser un guía en este camino hacia mi formación profesional. Para usted toda mi admiración y respeto.

Paola Yazmin

"You never shine, if you never burn"

TK

Índice

Resumen	VII
Abstract.....	VIII
Introducción.....	IX
Capítulo 1. Diabetes	
Epidemiología.....	11
Internacional	11
Nacional.....	13
Estatal.....	14
Definición.....	15
Tipos	15
Síntomas	18
Etiología	19
Consecuencias.....	21
Tratamiento	22
Factores psicosociales asociados a la enfermedad	24
Capítulo 2. Calidad de Vida	
Definición.....	33
Características	37

Evaluación o instrumentos 42

Calidad de vida y diabetes 44

Capítulo 3. Autoeficacia al tratamiento

Definición..... 49

Evaluación o instrumentos 55

Autoeficacia y diabetes 57

Capítulo 4. Calidad de vida y autoeficacia

Calidad de vida y autoeficacia en pacientes con diabetes 65

Planteamiento del problema..... 69

Justificación..... 69

Pregunta de investigación 70

Objetivos de la investigación 70

Hipótesis..... 71

Método

Definición de variables 72

Participantes..... 73

Tipo de diseño y estudio 75

Instrumentos..... 75

Procedimiento 77

Resultados 78

Discusión y conclusiones	86
Referencias	96

Índice de Anexos

Instrumento de calidad de vida en diabetes	105
Instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes	108

Índice de Tablas

Tabla 1	Medidas de tendencia central y dispersión de las variables calidad de vida y autoeficacia al tratamiento.....	78
Tabla 2	Relación entre calidad de vida y la autoeficacia al tratamiento.....	83

Índice de Figuras

Figura 1	Distribución por Sexo	73
Figura 2	Distribución por Estado Civil	73
Figura 3	Distribución por Escolaridad.....	74
Figura 4	Distribución por Ocupación	74
Figura 5	Medias transformadas de cada uno de los factores del Instrumento de Calidad de vida en Diabetes.....	81
Figura 6	Medias transformadas de cada uno de los factores del Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes.....	82

Resumen

La diabetes se ha convertido en una de las enfermedades crónicas degenerativas más importantes del mundo. Entre los factores psicosociales que se han asociado al manejo de la enfermedad se encuentran la autoeficacia al tratamiento y la calidad de vida. La autoeficacia influirá en la motivación y en la capacidad de los pacientes para realizar conductas de autocuidado que permitan cumplir con el tratamiento a fin de prevenir complicaciones y reducir costos económicos. Estudios previos muestran que variables como la autoeficacia constituyen predictores positivos en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes, de esta forma, aquellas personas que se perciben más autoeficaces para la toma de medicamentos, modificación del plan alimenticio e implementación de ejercicio, presentará menores índices de deterioro en su calidad de vida. A pesar de la relevancia de esta problemática, existen pocos estudios en nuestro país que correlacionen estas dos variables en muestras de personas con este padecimiento. El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre los niveles de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento de estos pacientes. Participaron 102 personas con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2, usuarios del módulo de Diabetimms de la clínica 1 del IMSS de Pachuca, Hidalgo. Se utilizó el Instrumento de Calidad de vida en Diabetes (DQOL) y el Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes. Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson, obteniendo correlaciones estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida y autoeficacia, es decir, pacientes con altos niveles de autoeficacia tendrán menores niveles de deterioro en la calidad de vida. A partir de estos resultados se podrán plantear intervenciones cuyo objetivo sea modificar los niveles de autoeficacia en pacientes con diabetes, que a largo plazo contribuyan a una mayor calidad de vida de esta población.

Palabras clave: Diabetes, Calidad de vida, Autoeficacia al tratamiento.

Abstract

Diabetes has become one of the major chronic degenerative diseases in the world. Among the psychosocial factors that have been associated with disease management are treatment self-efficacy and quality of life. Self-efficacy influence the motivation and the ability of patients to perform self-care behaviors that would meet the treatment to prevent complications and reduce economic costs. Previous studies have shown that variables such as self-efficacy are positive predictors in the perception of the quality of life of these patients. Changes such as taking medications, modification of the diet plan and exercise implementation, are associated with a significant impact on patient's quality of life. Despite the relevance of this problem, there are few studies in our country that correlate these two variables in this condition. The purpose of this study was to determine the relationship between the levels of treatment self-efficacy and quality of life of these patients. Participants included 102 patients with confirmed diagnosis of type 2 diabetes, users of the Diabetimms module at the Number 1 IMSS Hospital in Pachuca, Hidalgo. The Quality of life in Diabetes Instrument (DQOL) and the diabetes treatment self-efficacy instrument were used. As a result of the Pearson's correlation analysis, statistical significant correlations were obtained between quality of life and self-efficacy, patients with high self-efficacy levels will have less deterioration levels in the quality of life. These results will help to develop interventions in order to change patients self-efficacy levels which in the long term could contribute in a major quality of life of this population.

Keywords: Diabetes type 2, Quality of life, Treatment Self-efficacy

Introducción

La diabetes es uno de los problemas de salud más importantes en la actualidad. En el 2013 la carga mundial de la diabetes fue de 382 millones de personas con dicho padecimiento. Actualmente México es el sexto país a nivel mundial con este padecimiento, ya que cuenta con 8.7 millones de personas con diabetes (International Diabetes Federation [IDF], 2013). Además, es la primera causa de muerte, pues aproximadamente el 8.2% de la población entre 20 y 69 años vive con el padecimiento (Secretaría de Salud [SSA], 2013).

Entre los factores psicosociales que se han asociado al manejo de la enfermedad se encuentran la autoeficacia al tratamiento y la calidad de vida. La calidad de vida es definida por Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000), como el estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, cuyo estado define el modo en que éstos se ajustan a las situaciones cotidianas. En los últimos años ha cobrado interés e importancia el estudio de esta variable, debido a su relevancia en el resultado de las intervenciones de la salud (Cárdenas, Pedraza & Lerma, 2005). De ahí su importancia en relación con la diabetes, ya que de su evaluación se podrá concluir el impacto de ésta en la vida de las personas que la padecen.

La autoeficacia es entendida como un recurso cognitivo que permite a un individuo adaptarse y hacer frente a las enfermedades crónicas, los individuos que se perciben eficaces son capaces de hacer frente en condiciones diversas y están dispuestos a afrontar los nuevos retos (Bandura, 1977). En enfermedades como la

diabetes, se ha observado que mayores niveles de autoeficacia están asociados con un mejor automanejo (Del Castillo & Martínez, 2010).

Estudios previos muestran que variables como la autoeficacia constituyen predictores positivos en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes, de esta forma, aquellas personas que se perciben más autoeficaces para la toma de medicamentos, modificación del plan alimenticio e implementación de ejercicio, presentará menores índices de deterioro en su calidad de vida (Avendaño & Barra, 2008; Oviedo & Reidl, 2007).

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación entre los niveles de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo.

Dentro del documento abordaremos en un primer momento la temática de la diabetes, la epidemiología, su definición, tipos, etiología, consecuencias, tratamiento y factores psicosociales asociados a esta enfermedad. En el segundo capítulo se abordará la temática de calidad de vida, su definición, características, la evaluación o instrumentos utilizados, y su relación con la diabetes tipo 2. En un último capítulo, se abordara la autoeficacia hacia el tratamiento, su definición, su evaluación o instrumentos utilizados y de la misma forma, la relación existente con la diabetes tipo 2.

Posteriormente se incluye en el documento el método utilizado para la investigación, los resultados y las conclusiones del estudio.

Capítulo 1. Diabetes

Epidemiología

Actualmente existen fuertes necesidades en materia de salud, las demandas sanitarias han crecido enormemente, sin embargo, la mayor parte del tiempo la población hace uso de las instancias de salud, casi siempre cuando se presenta un indicio o malestar y no a manera de prevención (Nieto, 2010). Es decir, la diabetes en cuanto a la prevención y al control de la misma, insta un gran reto para los encargados de las instituciones sanitarias y los equipos de salud. Sumado a esto se encuentran las condiciones vertiginosas de la sociedad; inadecuados hábitos alimentarios, factores genéticos que desencadenan enfermedad, los estilos de vida no saludables, etc.

La diabetes se puede considerar como un problema de salud, pues cada vez aumentan las muertes, la incapacidad física de las personas que la padecen y los costos a raíz de dicha afección (Nava & Veraz, 2010).

Internacional

En el 2013 la carga mundial de la diabetes fue de 382 millones de personas con dicho padecimiento, convirtiéndose en un pronóstico desalentador, pues se calcula que para el año 2035 serán 592 millones de personas que padezcan diabetes. Actualmente existen 175 millones de personas que aún no son diagnosticadas con diabetes. En la región de Oriente medio y el Norte de África se estima que 1 de cada 10 adultos tiene diabetes. Es importante destacar que en América del Norte y el Caribe son las zonas con más gastos sanitarios en cuanto a

la atención de la diabetes, que cualquier otra región del mundo (International Diabetes Federation [IDF], 2013).

Las defunciones provocadas por la diabetes ascienden a 5.1 millones de personas, además cabe mencionar que cada seis segundos una persona muere a causa de dicha enfermedad (IDF, 2013).

Las estadísticas en el 2012 arrojaron que cuatro de cada cinco personas que padecen diabetes viven en países con ingresos medios y bajos en contraste con el año 2011, en el cual la diabetes causó 4.6 millones de las defunciones en todo el mundo afectando principalmente a la población de dichos países, lo que significa que aumentaron las repercusiones de dicha enfermedad, ya que los diagnósticos de diabetes en el 2013 crecieron rápidamente en las zonas rurales y en países con ingresos medios y bajos (IDF, 2013).

Otro aspecto importante, es vislumbrar que hay más personas con diabetes en las zonas urbanas que en las rurales en los países con bajos y medianos ingresos, ya que representan al 80% de la población mundial. En dichos países el número de personas con diabetes en el área urbana es de 181 millones, mientras que 122 millones viven en zonas rurales. En el 2035 se espera que la diferencia aumente a 347 millones de personas que viven en zonas urbanas y 145 en zonas rurales (IDF, 2013).

Si bien el panorama mundial muestra cifras estratosféricas, las regiones de las Américas también han tenido un notable incremento, es decir, la región de América del Norte y el Caribe mantiene el segundo lugar en los índices de

prevalencia comparado con un 10.7 % de la población adulta (IDF, 2013). La mayor parte de la concentración de pacientes con diabetes se encuentra en Estados Unidos de América, México y el Caribe, y es en este orden en el que se encuentra el predominio de mayor a menor prevalencia de dicha afección.

Las cifras en diabetes crecen rápidamente y hoy en día se tiene conocimiento de que las muertes causadas por la diabetes se da en personas menores de sesenta años (IDF, 2013).

En cuanto a la diferenciación por sexo, la IDF (2013) reportó que en el 2012 hubo alrededor de cuatro millones de hombres que padecen diabetes más que las mujeres, pues ellas solo representan 181 millones de casos en el mundo en 2011.

Mientras tanto, la diabetes tipo 2 representa alrededor del 85 al 95% de todos los tipos de diabetes en países de ingresos altos, es decir, que las cifras anteriores representan más de tres partes del total (IDF, 2013).

Nacional

Actualmente México es el sexto país a nivel mundial, cuenta con 8.7 millones de personas con diabetes y cerca del 30% de los individuos ignora que la padece. En cuanto a la región de América del Norte y el Caribe, ocupa el segundo lugar en cifras de este padecimiento (IDF, 2013). Así mismo, se estima que para el año 2035 México pase al quinto lugar mundial con 15.7 millones de casos de diabetes.

En el 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con este padecimiento, en dichas cifras el grupo etario más afectado fue el femenino, en el cual las edades que muestran mayor frecuencia en el padecimiento de la diabetes van de 50 a 59 años de edad (Secretaría de Salud [SSA], 2013).

Es importante mencionar que el comportamiento de dicha enfermedad en México sigue creciendo, por lo que se puede esperar para el año 2030 haya un aumento del 37.8% del número de casos de diabetes, y una tasa de morbilidad de 23.99% (SSA, 2013). La tasa de mortalidad a causa de diabetes fue de 85,055 muertes a nivel nacional, encontrando en primer lugar el Distrito Federal con 104 casos por cada 100 mil habitantes, seguido de Veracruz con 88 casos y Morelos con 87, así mismo, las entidades con menos mortalidad por este padecimiento fueron Chiapas con 48 casos por cada 100 mil habitantes, posteriormente Quintana Roo con 42 casos y Baja California Sur con 43 casos (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2012).

Estatal

El estado de Hidalgo en el 2012 se colocó en el tercer lugar nacional de personas que han tenido hospitalizaciones debido a la diabetes (SSA, 2013).

Con respecto al número de muertes asociadas a este padecimiento, en 2011 se registraron 1737 personas de los cuales 932 casos fueron mujeres y 805 hombres. Entre estos grupos de mortandad tanto hombres como mujeres de 65 años en adelante fueron quienes más fallecieron a causa de la diabetes en

Hidalgo (INEGI, 2012). Así mismo, esta enfermedad presenta una tasa del 12.9%, es decir, representa aproximadamente 1600 defunciones anuales.

Definición

La diabetes es un grupo de enfermedades caracterizadas por altos niveles de glucosa en la sangre que resulta de defectos en la capacidad del cuerpo para producir y/o utilizar la insulina. La insulina es una hormona necesaria para transformar el azúcar, el almidón y otros alimentos en la energía que necesitamos para nuestra vida cotidiana. Aunque tanto los factores genéticos como medioambientales, tales como la obesidad y la falta de ejercicio, parecen desempeñar roles importante, la causa de la diabetes continúa siendo un misterio (American Diabetes Association [ADA], 2013).

De acuerdo con la IDF (2013), la diabetes es una enfermedad crónica, la cual se presenta cuando el páncreas es incapaz de producir insulina o cuando el cuerpo no puede usar adecuadamente la insulina que produce.

Tipos

De acuerdo con la IDF (2013) se consideran tres tipos de diabetes:

Diabetes Tipo 1: Es causada porque el sistema inmunológico desconoce las células productoras de insulina en el cuerpo. Las personas con diabetes tipo 1 producen muy poca o ninguna insulina. Estas personas necesitan inyectarse insulina todos los días para poder controlar sus niveles de glucosa en sangre. La

enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero generalmente se desarrolla en niños o adultos jóvenes (IDF, 2013).

Diabetes Tipo 2: El páncreas de quienes padecen esta afección sí produce insulina, pero el cuerpo no es capaz de utilizarla (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). El diagnóstico de la diabetes tipo 2 puede ocurrir a cualquier edad. Es muy común que la mayoría de quienes la padecen la adquieran después de los 40 años de edad, ya en edad adulta. Este tipo de diabetes puede permanecer sin ser diagnosticada durante muchos años, y el diagnóstico se hace cuando aparece una complicación o se realiza un análisis de sangre de rutina o prueba de glucosa en la orina (IDF, 2013).

Diabetes Gestacional: Aparece durante el embarazo. Este tipo de diabetes está presente en uno de cada 25 embarazos en todo el mundo, aunado a esto, las mujeres con dicha afección tienen mayor probabilidad de presentar diabetes tipo 2 en momentos posteriores de su vida (IDF, 2013).

A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina. A partir del 7º semana comienza el aumento de la resistencia insulínica que llega a su máxima expresión en el 3º trimestre. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como puede ser sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otros (Almirón, Gamarra & González, 2005).

Por otro lado, dentro de la clasificación de la diabetes podemos encontrar otros tipos específicos de la misma que se caracterizan por hiperglucemia y porque la causa del trastorno se identifica de manera más o menos específica o se debe a entidades clínicas bien diferenciadas, estas incluyen: 1) Defectos genéticos de la célula β que aparece antes de los 25 años con una secreción alterada de insulina en ausencia o con mínima afectación de la acción insulínica; 2) Defectos genéticos de la acción de la insulina, que se refiere a anormalidades metabólicas asociadas con mutaciones en el receptor de la insulina; 3) Enfermedades del páncreas exocrino, es decir, cualquier enfermedad que afecte al páncreas provoca diabetes de manera indirecta, como infecciones del páncreas, tumores, obstrucciones debido a piedritas o químicos tóxicos, o por la extirpación del mismo; 4) Diabetes inducida por medicamentos o sustancias químicas, se refiere a que algunos medicamentos dañan la secreción de la insulina, no pueden provocar la diabetes pero la pueden precipitar en sujetos con resistencia a la insulina; 5) Infecciones, ciertos virus como la rubeola congénita, los adenovirus, los citomegavirus y los causantes de las paperas; 6) Formas infrecuentes de mediación inmunitaria, como el denominado síndrome del hombre tieso o rígido que es un trastorno autoinmune del sistema nervioso caracterizado por rigidez en los músculos y espasmos; además de presentar títulos altos de autoanticuerpos GAD y desarrollar diabetes; y por último 7) Otros síndromes genéticos que en ocasiones se asocian a la diabetes, estos incluyen anormalidades cromosómicas de los síndromes de Down, Klinefelter, Turner y Wolfram (Razgado, 2010; Sethi, 2011).

Así mismo, podemos encontrar la prediabetes, misma que se genera cuando los niveles de azúcar en la sangre están por arriba de lo normal pero aún no son lo suficientemente altos como para que se diagnostique diabetes. Es común que la gente desarrolle prediabetes antes de padecer diabetes tipo 2. Por lo general, suele afectar a personas en cuyos antecedentes familiares exista la enfermedad, o a quien mantenga hábitos de vida, tales como sedentarismo y alimentación inadecuada (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2013).

El riesgo más grande asociado con la prediabetes es que se puede transformar en diabetes. Por tal motivo, es necesario seguir un régimen alimenticio saludable y practicar ejercicio físico continuo, ya que en la etapa de la prediabetes el tratamiento no utiliza medicamento. Sin embargo, la prediabetes no está caracterizada por síntomas como aquellas que suelen acompañar la diabetes tipo 1 o la diabetes tipo 2. Debido a esto, es necesario contar con un chequeo médico cada año para identificarla a tiempo (IMSS, 2013).

Síntomas

Es evidente que la diabetes tipo 2 es una afección que trae consigo efectos colaterales en la vida de quien la padece, algunos ejemplos son los síntomas mismos de la enfermedad, dentro de los que es importante mencionar: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, cansancio, falta de interés y concentración, vómitos y dolor de estómago, una sensación de hormigueo en los pies o manos, visión borrosa, infecciones frecuentes y heridas de cicatrización lenta; hasta situaciones incómodas para las personas afectadas. Sin embargo, la diabetes tipo

2 es difícil de detectar, ya que en ocasiones no hay síntomas, pero la persona es propensa a padecerla; por tal motivo un chequeo médico siempre es la mejor opción (ADA, 2012; IDF, 2013).

Etiología

Para entender parte de los factores de riesgo biológicos, es importante hablar del páncreas, glándula donde la diabetes tiene especial desarrollo. El páncreas segrega insulina, glucagón, polipéptido pancreático y somatostatina, todo esto con el fin de regular el nivel de glucosa en la sangre. Dentro del páncreas se encuentra los islotes de Langerhans de células especializadas: las células α y las células β . Estas últimas se encargan de producir y liberar insulina, la cual va a regular el nivel de glucosa en la sangre (Díaz, 2010).

De acuerdo con Lazo y Fernández (2010), es aquí donde se presenta una parte vital de la génesis de la diabetes, si hay algún defecto genético en las células β del organismo esto propicia en mayor medida el desarrollo de dicha afección, pues existen al menos 6 genes en los cuales el funcionamiento de las células β puede verse atrofiado; comúnmente la mutación en los factores de transcripción son los que provocan la falla en el proceso fisiológico y metabólico de dichas células.

Así mismo, Esquivel, Esquivel y Morales (2010), explican que la insulina es una hormona segregada por el páncreas, es decir, si se presenta un déficit en la producción de ésta se produce hiperglucemia, pérdida de masa corporal, etc. Siguiendo con la misma línea, Razgado (2010) define a la hiperglucemia, como un

incremento de glucosa concentrada en la sangre, en donde la orina participa activamente en la patogénesis de las complicaciones de la diabetes, y también juega el rol de factor de riesgo.

Además de la hiperglucemia como factor de riesgo, la herencia genética desempeña un papel muy importante para desarrollar alguna enfermedad. En el caso de la diabetes existen diversas condiciones de heredabilidad, como la heterogeneidad genética, es decir, cuando más de un gen puede causar diabetes (Carrillo & Panduro, 2001).

El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aumenta con la edad, la obesidad y la falta de actividad física. Después de los treinta años nuestro organismo tiende a trabajar de una manera más lenta de lo normal, haciendo que nuestro metabolismo sea muy lento, lo cual a su vez nos puede llevar a subir de peso y llegar a la obesidad, otro de los factores biológicos de la diabetes (Carrillo & Panduro, 2001).

La inactividad o sedentarismo va de la mano con la obesidad y con el índice de masa corporal, pues la obesidad puede dar pie a la presencia de otras condiciones que pudiesen reaccionar de manera resistente a la insulina (Monedero, Morillo, Muñoz, Quero & Libreros, 2008). Y si bien la obesidad tiene implicaciones en enfermedades cardíacas coronarias, también es un detonante en afecciones cardiovasculares como es la diabetes, hipertensión y ciertas anomalías en los lípidos.

Consecuencias

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud graves. Entre las principales consecuencias biológicas que provoca la diabetes se encuentran las enfermedades cardiovasculares que afecta principalmente al corazón, los vasos sanguíneos y otras consecuencias fatales como la enfermedad cardíaca coronaria y accidentes cerebrovasculares (IDF, 2013).

Así mismo, podemos encontrar enfermedades renales que provocan nefropatía diabética, insuficiencia renal total, así como la necesidad de diálisis o trasplante de riñón. Se considera que la diabetes es una causa cada vez más importante de insuficiencia renal. Mantener los niveles normales de glucosa en la sangre y de presión arterial puede reducir en gran medida el riesgo de enfermedad renal (IDF, 2013).

Es común que en la mayoría de los casos, las personas con diabetes desarrollen retinopatía diabética, que podría evolucionar a la ceguera, aunque cabe mencionar que dicha complicación se presenta a lo largo del tiempo. Consistentemente altos niveles de glucosa en la sangre, junto con la presión arterial alta y el colesterol alto, son las principales causas de la retinopatía (ADA, 2013).

Por otro lado, enfermedades como la neuropatía diabética pueden conducir a ulceraciones, infecciones o en su defecto amputación en dedos de los pies, extremidades inferiores, etc. De esta manera, se dañan los nervios de todo el

cuerpo cuando la glucosa en sangre y la presión de la sangre son demasiado altas. Esto puede conducir a problemas con la digestión, la disfunción eréctil, y muchas otras funciones (IDF, 2013).

Así mismo, las mujeres con diabetes tipo 2 durante el embarazo tienen el riesgo de varias complicaciones si no se controlan y gestionan cuidadosamente su condición. Para evitar daños en los órganos del feto, las mujeres con diabetes tipo 2 deben lograr los niveles de glucosa adecuados antes de la concepción. Niveles altos de glucosa en la sangre durante el embarazo puede llevar a problemas en el parto, trauma al niño y a su madre, y caída de glucosa en la sangre del niño después del nacimiento, así como exceso de peso en el feto (IDF, 2013).

Tratamiento

El tratamiento no farmacológico y la reducción de peso en el paciente obeso, sigue siendo el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de la persona con diabetes tipo 2 (Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD], 2000).

Según la ALAD (2000), el tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

El plan de alimentación es fundamental en el curso de la diabetes. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. Por lo que se sugiere calcular el valor calórico total de cada alimento, ya que de esto dependerá el estado nutricional de la persona y de

su actividad física. Se pueden usar moderadamente alimentos "dietéticos" como el aspartame, sacarina, acesulfame K y sucralosa, que no representan ningún riesgo para la salud y que se recomiendan para reemplazar el azúcar. Por último, se sugiere restringir aún más el consumo de grasas de origen animal en carnes y lácteos, incrementar el consumo de pescado, preferir aceites vegetales ricos en ácidos grasos monoinsaturados o poliinsaturados y evitar alimentos con alto contenido de colesterol (ALAD, 2000).

Por otro lado, se considera como actividad física todo movimiento corporal originado por contracciones musculares que genere gasto calórico. El ejercicio puede ayudar a la salud mejorando el flujo sanguíneo y la presión arterial, también aumenta el nivel de energía del cuerpo, baja la tensión y mejora la capacidad para manejar el estrés (ADA, 2012; ALAD, 2000).

El tratamiento farmacológico está indicado en todo paciente con diabetes tipo 2 que no haya logrado alcanzar las metas de control metabólico que se acordaron después de un mínimo de tres meses con un adecuado tratamiento no farmacológico (ALAD, 2000).

El esquema de tratamiento farmacológico debe ser individualizado teniendo en cuenta: el grado de hiperglucemia, las propiedades de los medicamentos orales, efectos secundarios, contraindicaciones, riesgos de hipoglucemia, presencia de complicaciones de la diabetes, comorbilidad y preferencia del paciente (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2009).

Se sugiere iniciar tratamiento farmacológico con metformina (a no ser que esté contraindicada), junto con cambios en el estilo de vida en todo paciente diabético al momento del diagnóstico. Si en tres meses no se alcanza la meta, se necesita intensificar el cambio de estilo de vida y ajustar el tratamiento farmacológico hasta alcanzar la meta control; sin olvidar que antes del inicio del tratamiento farmacológico se debe evaluar la función renal y la comorbilidad del paciente (IMSS, 2009).

Las personas que padezcan diabetes además de cuidar los aspectos médicos y nutricionales del tratamiento, también necesitan recibir educación adecuada acerca de su problema de salud, ya que esto ayudará de manera importante a llevar un control adecuado de la diabetes (Gil, Sil, Domínguez, Torres & Medina, 2013).

Un pilar fundamental para el tratamiento es el automonitoreo, mediante el cual se podrán detectar las hipoglucemias, establecer metas de control de acuerdo con el tratamiento, lograr un control permanente y detener en cierta medida el avance de la enfermedad, dichos resultados se obtienen a partir de ajustar las necesidades de los pacientes al tratamiento (Gagliardino et al., 2013).

Factores psicosociales asociados a la enfermedad

El estudio de los factores psicosociales asociados al manejo de la diabetes se ha llevado a cabo de la mano de la evolución del concepto de automanejo y de la explicación del mismo desde diferentes perspectivas teóricas dentro de la psicología (Del Castillo, 2010).

El concepto de automanejo tuvo como antecedente el modelo médico, donde se daba prioridad a la atención y disminución de síntomas de los padecimientos, el médico era el responsable directo del diagnóstico, tratamiento y resultado obtenido, las metas del tratamiento las establecía el equipo de salud y el paciente adoptaba un rol pasivo (Funnel & Anderson, 2004). Posteriormente Haynes, Taylor y Sackett (1979) propusieron “cumplimiento del tratamiento” y lo definieron como todas aquellas conductas del paciente que coinciden con la prescripción del equipo de salud. Esta puede incluir la toma correcta de medicamentos, seguimiento de dieta, acudir a consulta, actividad física, modificaciones al estilo de vida, etc.

Más tarde se evolucionó a adherencia terapéutica, que expresa una interacción entre el profesional de la salud y el paciente, este último se concibe como independiente, inteligente, autónomo, que toman un papel activo y voluntario al definir y perseguir ciertas metas; ya que en la diabetes tipo 2 el paciente tiene la responsabilidad de manejar de manera independiente su padecimiento. Desde este punto de vista, cuando una persona no se adhiere al tratamiento se toman en cuenta factores sociales y personales que van más allá de las metas que se plantean. Así, se concluye que la adherencia terapéutica es el proceso en que el paciente realiza una serie de esfuerzos para alcanzar las demandas conductuales relacionadas con el tratamiento (Friedman & DiMatteo, 1989; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003; Luftey & Wishner, 1999 en Del Castillo, 2010).

Sin embargo, resulta conveniente sustituir este término por otros conceptos que rescaten los componentes de autonomía y responsabilidad hacia el

tratamiento, junto con la visión de un paciente que toma decisiones de manera activa y continua ante la diversidad de opciones (Glasgow & Anderson, 1999).

Una primera propuesta fue la de empoderamiento, basado en tres aspectos fundamentales: elecciones, control y consecuencias. Aquí el paciente es un colaborador activo de su propio cuidado y el profesional de la salud ayudará al paciente a tomar decisiones informadas para alcanzar las metas y superar las barreras (Anderson, 1995; Rubin, Anderson & Funnel, 2002 en Del Castillo, 2010). La segunda propuesta fueron los términos como “auto-cuidado” y “auto-manejo”, que describen al grupo de conductas que día a día llevan a cabo los pacientes para manejar su diabetes (Johnson, 1992; Johnson, Silverstein, Rosenbloom, Carter & Cunningham, 1986; Glasgow, Wilson & McCaul, 1985 en Del Castillo, 2010).

El estudio de los factores psicosociales asociados al manejo de la diabetes desde la perspectiva de la medicina conductual ha sido exitosa para la explicación y modificación de estos factores. Se basa en aspectos como emociones, pensamientos y conductas, estos componentes actúan juntos y se afectan unos a otros todo el tiempo a lo largo de la vida del paciente (Sánchez-Sosa, 2002).

Las emociones generan cambios y reacciones psicológicas, algunas emociones pueden generar estados de debilidad o influir en la conducta al impedir que se lleven a cabo acciones necesarias para el cuidado de la salud (Sánchez-Sosa, 2002). Igualmente las reacciones emocionales desembocan en la desorientación de la persona ante la diabetes. La negación aparece

constantemente en el curso de la enfermedad, así como el temor que merma a la autoestima; también es común que las personas recurran a estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, donde no se encuentra una solución viable a su situación, sino que simplemente se quedan instaladas en las emociones que les provoca su padecimiento (Salamanca & Giraldo, 2011).

Así mismo, los pensamientos, ideas o creencias influyen en la conducta y en las emociones. Si se percibe a la enfermedad como terrible y catastrófica el paciente se sentirá incapaz de afrontarlo generando tristeza y angustia. Factores como: el conocimiento y las creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento, la percepción de susceptibilidad a la enfermedad, la autoeficacia y el control percibido sobre las conductas de salud, resultan relevantes (Sánchez-Sosa, 2002).

De esta manera, resulta relevante la educación del paciente sobre su propia enfermedad como una herramienta para el autocontrol de la diabetes. Los pacientes no puede tomarse unas pastillas o administrarse insulina y olvidarse de su condición el resto del día, por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes sobre la afección, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición (Pineda et al., 2004).

También las creencias que tenga la persona con diabetes determina en gran medida que tan eficaz será el tratamiento, pues dentro del sistema de creencias se toman en cuenta dos aspectos; primero, se le da valor a una atribución o expectativa de una meta, después se estima la probabilidad de conseguir dicha meta por medio de una conducta; a partir de estos supuestos el

sujeto empieza a construir un sistema de afirmaciones explicativas sobre el mundo y sobre las conductas saludables o poco saludables, las cuales finalmente intervienen en su adherencia al tratamiento (Salamanca & Giraldo, 2011).

Por último, otro aspecto es la conducta que se refiere a toda actividad que sirve al individuo para modificar su ambiente y que trae consigo consecuencias específicas. Es decir, algunos pacientes con diabetes carecen de habilidades y conductas para manejar su enfermedad, pero si no aprenden estas habilidades tener pensamientos apropiados y control emocional no será suficiente (Sánchez-Sosa, 2002).

Visto desde una perspectiva ecológica, el automanejo integra las habilidades y elecciones de los pacientes con los servicios y apoyo que reciben del ambiente social incluyendo familia, amigos, ambientes laborales, organizaciones, cultura y del ambiente físico y político de vecindarios, comunidades y gobiernos (Stokols, 1996 en Del Castillo, 2010). Se hace énfasis en la importancia del acceso a los recursos necesarios para el inicio y mantenimiento de conductas de salud; ya que hábitos sanos ocurren y persisten con ambientes atractivos y seguros para desarrollarlos (Glasgow, Toobert, Barrera & Strycker, 2005).

Según Gonder-Frederick, Cox y Ritterband (2002) para proporcionar a los pacientes apoyo para el automanejo de su diabetes, es necesario que el profesional de la salud comprenda los factores que promueven o interfieren en este proceso. Estos autores refieren que la investigación psicosocial ha

comprobado que el automanejo de la diabetes es un proceso complejo y multifactorial que se ve influenciado por un rango amplio de interacciones a nivel individual, social y ambiental, que al relacionarse obtendrán como resultado adecuados niveles de calidad de vida, de control metabólico, de bienestar emocional y de funcionamiento familiar, entre otros que resultan relevantes para los pacientes con diabetes tipo 2, (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002).

En las variables individuales de los pacientes con diabetes se encuentran las creencias de salud que incluyen las creencias de autoeficacia, el locus de control, evaluaciones de costo-beneficio, estrés, desarrollo de trastornos psicológicos asociados a diabetes como la depresión y trastornos de ansiedad y variables de personalidad como la ansiedad rasgo, el sexo y la edad (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002).

Dichas variables individuales pueden verse mayormente vulnerables en personas con alguna enfermedad crónica como la diabetes (Jacobson, 1996 en Machado, Anarte & Ruiz, 2010). La sintomatología emocional resultante de la diabetes trae consigo pensamientos negativistas que crean sentimientos de temor y angustia (Velázquez & Balcázar, 2012), deteriorándose el bienestar psicológico, el cual merma la autoestima de la persona con este padecimiento (Jacobson, De Groot & Samson, 1994; Polonsky, 2000 en Oviedo & Reidl, 2007). El hecho de negar la enfermedad, reusándose a seguir el tratamiento indicado por el equipo de salud, resulta en personas con diabetes con una mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos y psiquiátricos, presentándose depresión, trastornos de

ansiedad, estrés, etc., induciendo a que los niveles de calidad de vida disminuyan (Delamater et. al, 2001 en Machado, Anarte & Ruiz, 2010).

Se ha reportado que pacientes con diabetes tipo 2 manifiestan depresión con mayor frecuencia como una reacción emocional desadaptativa a la enfermedad, aunado a esto, los cambios fisiológicos causados por este trastorno abren la posibilidad de traer complicaciones, ya que contribuyen a decrementar la funcionalidad y calidad de vida, además de un desinterés en el autocuidado y automanejo del tratamiento, así que la depresión puede asociarse con una baja adherencia terapéutica, riesgo de sufrir complicaciones y con un bajo control glucémico (Colunga, García de Albe, Salazar & González, 2005).

El estrés tiene participación dentro de la diabetes, debido a la exigencia del proceso adaptativo del padecimiento tanto por parte del paciente como de la familia. El estrés deviene después de que las expectativas del nuevo estilo de vida no son tan positivas y la carga de dicha afección no se hace tan llevadera (Vírveda, 2012).

De acuerdo a Pineda et al. (2004), las características de la personalidad de los pacientes con diabetes tipo 2 invariablemente afecta el manejo de la diabetes; aunque no está totalmente relacionado, si se refuerza la idea de que la salud se ve afectada por estas características de la personalidad (Anarte, López, Ramírez & Esteve, 2000).

Por otro lado, las creencias en salud influyen en el desarrollo de condiciones de salud, ya que trabaja a nivel de cogniciones donde el sujeto

comienza a construir un sistema de afirmaciones explicativas sobre el mundo y sobre las conductas saludables o poco saludables que debe adoptar en el tratamiento de su enfermedad (Salamanca & Giraldo, 2011).

Algunas variables sociales que impactan al paciente con diabetes se refieren al social de pares y de familiares; la comunicación y la cohesión del grupo familiar; la relación médico-paciente y factores sociodemográficos o socioeconómico (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002).

Por su característica de cronicidad la diabetes repercute en la calidad de vida del paciente y de los familiares cercanos (Salazar, Torres, Colunga & Ángel, 2009). El bienestar social se deteriora cuando la relación con familiares y amigos se ve afectada por las imposiciones y complicaciones de la enfermedad, es decir, se pierde la homeostasis debido a las restricciones que la diabetes genera, ya que en el contexto de las relaciones sociales se comparten en ocasiones hábitos no saludables (Mussi, 2006). El apoyo social es otro factor importante en el tratamiento de la diabetes, pues el hecho de que no se lleve un adecuado automanejo está relacionado con las relaciones sociales cercanas del paciente, como es el círculo familiar (Del Castillo & Martínez, 2010).

Por último, las variables ambientales incluyen los sistemas de salud, el ambiente escolar y laboral, factores culturales y programas comunitarios (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002).

Las variables ambientales van desde la educación que han recibido las personas con diabetes tanto en casa como en la escuela, el lugar y el tiempo

donde nacen, etc. Con respecto al lugar donde viven las personas con esta afección, llama la atención que en países con ingresos altos, la diabetes tenga mayor presencia que otras enfermedades. Actualmente la población está creciendo de manera vertiginosa, las exigencias del medio están cambiando de modo que el acceso a la salud se ve limitado y la mayoría de la gente tiene que hacer uso de servicios particulares, por ende los pobres reciben una carga mayor en cuanto a las enfermedades (IDF, 2013).

De la serie de variables que explican un adecuado automanejo en el paciente con diabetes tipo 2, la investigación ha identificado algunas variables como las principales, destacando entre ellas a la autoeficacia como una variable de nivel individual y a la calidad de vida como una variable que se verá afectada de manera positiva o negativa por otras variables y que resulta de gran valor para el estudio de esta afección. Por tal motivo, el siguiente capítulo se enfocará en abordar la calidad de vida.

Capítulo 2. Calidad de vida

Definición

El impacto de las enfermedades crónicas y sus tratamientos tradicionalmente se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad, sin embargo, en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores por evaluar la calidad de vida de las personas, debido a que ésta es una importante variable de resultado de las intervenciones de la salud (Cárdenas, Pedraza & Lerma, 2005).

Robles, Cortázar, Sánchez y Páez (2003) la definen como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.

Por otro lado Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000) se refieren a la calidad de vida como el modo en que las distintas condiciones biológicas y culturales se conjugan con los aspectos psicológicos para definir un modo particular de existencia práctica de los individuos. Establecen que la calidad de vida puede ser concebida como el estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, cuyo estado define el modo en que éstos se ajustan a las situaciones cotidianas.

Monardes, González y Soto (2011) concluyeron que desde los años 70, es posible encontrar entre los investigadores diferencias en cuanto a los elementos de consenso respecto a las características de la calidad de vida y la manera de

operacionalizarla. Por lo que el término está compuesto por elementos objetivos y subjetivos.

Felce y Perry (1995 en Monardes, González & Soto, 2011) propusieron un acercamiento teórico donde clasificaron las definiciones existentes para el constructo en cuatro grupos:

a) Calidad de vida entendida como la suma de circunstancias objetivas en la vida de una persona, sin interpretaciones subjetivas. Dentro de esta concepción se encuentran los indicadores sociales, económicos o demográficos usados inicialmente en el estudio del bienestar de los individuos, se medía según el nivel de ingresos de un individuo en relación con la población en general.

b) Calidad de vida entendida como la satisfacción de la persona con sus circunstancias vitales. Así, lo que cada individuo entienda por “satisfacción” será fundamental para evaluar el grado de bienestar que experimenta en términos materiales.

c) Calidad de vida entendida como la combinación entre las condiciones de vida y la satisfacción personal. Desde estas definiciones se intenta abordar el constructo incluyendo elementos objetivos y subjetivos, por lo que este ámbito se evaluaría tomando en cuenta datos concretos (nivel de ingresos) y la satisfacción experimentada por el individuo ante esas circunstancias materiales.

d) Calidad de vida entendida como la combinación entre las condiciones de vida objetivas y la satisfacción personal, ponderadas por los valores, aspiraciones

y expectativas del individuo. El bienestar material no sólo implicaría la consideración del nivel de ingresos de una persona y la satisfacción que el individuo experimenta con él, sino también deberá abordar la valoración o el grado de importancia que el sujeto otorga a este ámbito en su vida.

Estas características lograron un amplio grado de acuerdo entre los investigadores, manteniéndose hasta la actualidad. El punto clave fue la necesidad de una perspectiva integradora y comprensiva, que incluya tanto elementos objetivos como subjetivos en cualquier formulación de la calidad de vida, resultando insuficiente un abordaje que considere sólo uno de estos ámbitos (Monardes, González & Soto, 2011).

La calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, accesos a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad (Romero, Díaz & Romero, 2011).

Desde la posición psicológica, la calidad de vida hace referencia a la manera en que responde una persona de manera individual y social ante las situaciones reales de la vida diaria, comprendiendo más que aquellos elementos de un bienestar objetivo, es decir, comprende la percepción y estimación de dicho bienestar, así como el análisis de los elementos que conllevan a ese estado de satisfacción (Moreno & Ximénes, 1996).

El concepto de salud tiene una relación estrecha con la calidad de vida ya que afecta directamente a este último, es decir, el nivel de salud puede intervenir

en las actividades cotidianas, las cuales pueden estar asociadas a la salud misma, por tal motivo se podría ver dañada la satisfacción de las necesidades básicas u orgánicas de la persona. Por otro lado, la salud afecta a la calidad de vida indirectamente por medio de elementos externos, por ejemplo el trabajo, las relaciones sociales, la libertad de desplazamiento, la diversión o la educación (Moreno & Ximénes, 1996).

La calidad de vida juega un papel muy importante en cualquier enfermedad crónica, aunque se menciona que los propios pacientes determinan el rumbo de su enfermedad, pues finalmente su actitud y voluntad establecen que este pueda autogestionar su cuidado (Romero, Díaz & Romero, 2011). Subjetivamente el constructo de calidad de vida tiene un impacto significativo en la percepción de la misma por parte del paciente, y algunos teóricos consideran este punto como la forma ideal de determinar la calidad de vida de una persona (Schwartzmann, 2003 en Riveros, Castro & Lara, 2009).

La enfermedad afecta invariablemente a la calidad de vida de una persona, pero es en este campo donde la preocupación por la calidad de vida se interpone al simple hecho de querer alargar la vida en alguna enfermedad crónica, ya que no es el mero sobrevivir, sino que se busca un vivir de calidad. De esta manera, la calidad de vida requiere de actividades de autocuidado funcionales, así como de la capacidad de movimiento y desplazamiento de las persona para considerar que se encuentra viviendo con calidad de vida (Moreno & Ximénes, 1996).

Es fundamental entender que la calidad de vida en las personas enfermas debe considerarse desde la perspectiva de que la persona es un ser en interacción más que un organismo biológico. Dicho de otra manera, si la calidad de vida del paciente enfermo es de suma importancia para su recuperación total o parcial lo es más aún para quien solo le queda disfrutar aquellos elementos positivos de cada momento de su presente (Moreno & Ximénes, 1996).

Características

Para comprender mejor la calidad de vida deben analizarse las características implicadas en el concepto.

De acuerdo con Veenhoven (2001), hay una distinción clásica que se hace entre calidad de vida “objetiva” y “subjetiva”. La primera se refiere a un grado de vida que alcanza estándares explícitos de la buena vida evaluados por una persona externa imparcial, por ejemplo el resultado de un examen médico. La segunda variante se refiere a auto-apreciaciones basadas en criterios implícitos, por ejemplo, el sentimiento subjetivo de la salud de alguien. Estas calidades no se corresponden necesariamente, alguien puede estar en buena salud según el criterio de su médico y a pesar de ello sentirse mal.

Sobre la base de esta distinción Zapf (1984 en Veenhoven, 2001) ha propuesto una clasificación cuádruple de conceptos de prosperidad, cuando las condiciones de vida puntúan bien con medidas objetivas y la apreciación subjetiva de vida es positiva él habla de “bienestar”, mientras que cuando ambas son negativas habla de “privación”. Cuando la calidad objetiva es buena, pero la

apreciación subjetiva es negativa, se aplica el término “disonancia” y la combinación de malas condiciones y buena apreciación se etiqueta como “adaptación”. Veenhoven (2001) agrega que aunque sean elegantes, no se ha probado que estas distinciones sean particularmente útiles. La razón principal es que la diferencia se halla más bien en la observación en lugar de hallarse en la esencia. La evaluación objetiva de la salud atiende las mismas características que las evaluaciones subjetivas, aunque por medios diferentes. La palabra “objetivo” sugiere la verdad indiscutible, mientras que el término “subjetivo” se interpreta fácilmente como una cuestión de gusto arbitrario.

En éste sentido, Veenhoven (2001) identifica tres connotaciones en el concepto de calidad de vida:

Calidad del entorno: El término calidad de vida se refiere frecuentemente a la calidad del entorno en el cual uno vive. Los sociólogos hablan de calidad de vida cuando reivindican mejoras sociales, los índices sociológicos de la calidad de vida incluyen puntos relacionados con la riqueza y la igualdad social. En este sentido, las condiciones externas para una buena vida se equiparan realmente con la buena vida. Un término más apropiado sería una vida llevadera.

Calidad de acción: El término de calidad de vida se emplea también para señalar la capacidad que tiene la gente para enfrentarse a la vida, utilizada con más frecuencia en las profesiones terapéuticas. En el discurso psicológico, el término alude generalmente a distintas inclinaciones mentales como el realismo y la vitalidad. Los médicos suelen medirla según la capacidad física, llamada a

veces como estado de acción. Aunque en términos médicos tiende a centrarse en la ausencia de defectos limitativos (una mala salud), los psicólogos también consideran como una actualización progresiva de las facultades latentes (una buena salud). En este sentido, la capacidad interna para tratar los problemas de la vida se equipara con la buena vida, lo que podría considerarse como una adecuada capacidad para vivir.

Calidad del resultado: El tercer término se centra en la diferencia de la calidad de vida según sus resultados, que se describen como productos de la vida y como disfrute de esta última. Cuando concebimos la calidad de vida según los productos, nos referimos a lo que la vida va dejando detrás, en este contexto resulta más apropiado hablar de la utilidad de la vida en lugar de la calidad de vida. Cuando concebimos la calidad de vida en cuanto al disfrute, el punto culminante se encuentra en la experiencia personal, por lo tanto, la buena vida es vivir lo que a uno le gusta. Este último significado se refiere a una calidad que sólo puede ser apreciado por uno mismo, por ello se le suele llamar calidad de vida subjetiva.

Nuevamente, para Veenhoven (2001) el término calidad de vida indica que las distintas cosas que consideramos buenas tienden a coincidir. Es cierto que la felicidad coincide con varias cualidades de vida, pueden ser distintas cualidades del entorno como la libertad o aptitudes personales como la autonomía. Aunque ninguna de ellas proporciona siempre más felicidad, el aumento de la misma no siempre coincide con todas las cualidades apreciadas, por ejemplo con el estado del bienestar o con la inteligencia personal, ya que algunas cosas que

consideramos buenas pueden incluso reducir la felicidad. En realidad, el término de calidad de vida es menos global de lo que parece, de ahí que deba emplearse este término únicamente como indicativo.

En México, cuando se les pregunta a los pobres sobre un concepto más amplio como el bienestar, el 23% responde que bienestar es tener comida suficiente, el 16% afirma que bienestar es contar con salud, 13% que es tener cubiertas las necesidades básicas y casi otro 13% afirma que bienestar es tener asegurados los servicios mínimos. Por lo tanto, casi dos terceras partes piensan que el bienestar consiste en contar con la satisfacción mínima que es indispensable para la sobrevivencia (Veenhoven, 2001).

Investigaciones previas (Sundaram, Kavookjian & Patrick, 2009) han señalado la importancia de distinguir entre tres conceptos de calidad de vida que se señalan a continuación:

Calidad de vida general: La Organización Mundial de la Salud (1994 en Machado, Anarte & Ruiz, 2010) define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Calidad de vida relacionada con la salud: Los avances de la medicina han hecho posible aumentar notablemente la longevidad de las personas con

enfermedad crónica, lo que no implica que haya mejorado necesariamente su calidad de vida; es así como en este contexto nace el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (Machado, Anarte & Ruiz, 2010). La calidad de vida relacionada con la salud es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud. También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida (Levil & Anderson, 1975 en De los Ríos, Sánchez, Barrios & Guerrero, 2004).

La calidad de vida relacionada con la salud evalúa los síntomas y funcionamiento del paciente, incluyendo áreas como el nivel de movilidad, dolor o habilidad para llevar a cabo determinadas tareas (Magwood, Zapka & Jenkins, 2008). Su uso constituye una medida centrada en el paciente, la cual mide la opinión de éste respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social. Su medición incorpora valores, creencias, experiencias vitales previas, hasta limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, ya que se trata de una variable compleja con gran peso en el estado de salud de los pacientes. Por otro lado, se ha tomado como una de las variables finales para analizar la efectividad del personal de salud y por ende de los programas de las instituciones sanitario-asistenciales (De los Ríos, Sánchez, Barrios & Guerrero, 2004).

Calidad de vida específica a la enfermedad: En el caso de la diabetes tipo 2, Oviedo y Reidl (2007) la definen como la percepción de bienestar que cada

individuo tiene y expresa respecto a la satisfacción con su vida en general y con su tratamiento, además del impacto del diagnóstico y del tratamiento, cambios asociados al plan alimenticio, la toma de medicamentos y la preocupación que experimenta el individuo por los efectos presentes y futuros de la enfermedad.

Evaluación o instrumento

Tradicionalmente la determinación del estado de salud de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos y fisiológicos. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual (Tuesca, 2005).

La evaluación de la calidad de vida es sumamente importante pero difícil de cuantificar objetivamente, ya que es un fenómeno que es afectado tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento (Velarde & Ávila, 2002).

Debido a la diversidad de conceptos de calidad de vida se han podido desarrollar una variedad de estrategias de evaluación con respecto a este concepto, mismas que abarcan factores medidos objetivamente y la posibilidad de medir factores subjetivos con el fin de poder tener una visión integradora del individuo (Monardes, González & Soto, 2011). Según Velarde y Ávila (2002), las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes o mediante cuestionarios que generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud.

Los instrumentos para medir la calidad de vida se clasifican en genéricos y específicos. Los primeros no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a diversos grupos de pacientes, por lo que son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos ya que son descriptivos (Tuesca, 2005; Velarde & Ávila, 2002).

Los instrumentos específicos se basan en las características de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Éstos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, ya que son útiles para investigaciones clínicas (Velarde & Ávila, 2002). Las medidas concretas que realizan se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, es decir, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades (Tuesca, 2005).

La importancia de la medición de la calidad de vida reside en que permite destacar el estado funcional del paciente, pues refleja su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es que ofrece la medición de una variable de expresión subjetiva y que se puede obtener un valor cuantitativo que representa el estado de salud (Tuesca, 2005).

Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes del mismo modo que su tratamiento, pueden impactar la calidad de vida de quienes la padecen. Por lo que para medir la calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 se utilizan

diversos instrumentos genéricos y específicos cuya información parece ser complementaria (López & Rodríguez, 2006).

Calidad de vida y diabetes

En este contexto, según Machado, Anarte y Ruiz (2010) numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto de calidad de vida como una forma de referirse a los distintos aspectos de la vida de una persona que están afectados firmemente por cambios en el estado de salud.

La calidad de vida específica a la enfermedad, en este caso, la diabetes, se enfocará en aspectos puntuales como el impacto del diagnóstico, los cambios asociados al plan alimenticio, la toma de medicamentos y la incertidumbre ante complicaciones futuras (El Achhab, Nejjari, Chikiri & Lyoussi, 2008).

De acuerdo con Pérez (2008) es importante que los pacientes con diabetes tipo 2 se perciban con una calidad de vida aceptable porque al considerarse de este modo puede reducir sus temores o efectos tan agresivos de la afección.

Según Colagiuri (2004), se ha determinado que los problemas psicosociales son un factor fácilmente identificable que impacta de manera importante sobre las personas con diabetes e influye sobre su capacidad de autocontrol. Las personas que tienen diabetes afrontan distintos tipos y grados de problemas psicológicos, pues es esperable que una persona experimente algún tipo de dificultad al ajustarse a vivir con diabetes.

La diabetes tiene un mayor impacto negativo sobre la libertad que los pacientes tienen de elegir comer lo que quieran, mientras que el impacto negativo mínimo se encuentra sobre la percepción que la sociedad tiene de las personas con diabetes. Este impacto influye en la calidad de vida de las personas con este padecimiento pues también se asocian problemas de salud mental como la depresión (Donald et al., 2013).

VARIABLES como el estrés, depresión, familiar, acceso a la atención en materia de salud, así como discriminación por padecer diabetes y frustración social, deberían reconocerse y tratarse al mismo tiempo que se imparten cuidados clínicos y de educación, ya que pueden llegar a crear una sensación de inferioridad e ignorancia. Existen formas de evaluación, asesoramiento y terapias conductuales que la mayoría de profesionales sanitarios pueden utilizar. Desde una perspectiva política y de planificación, hasta la integración de atención psicosocial plenamente posible dentro del marco de un programa nacional de diabetes (Colagiuri, 2004).

La investigación sobre la calidad de vida en pacientes con diabetes es bastante reciente. En una investigación realizada en adultos con diabetes, Rubin y Peyrot (1999 en Machado, Anarte & Ruiz, 2010) afirman que la calidad de vida de estas personas es inferior a la de la población general, sobre todo en funcionamiento físico y bienestar. Se han descrito múltiples factores relacionados con la diabetes que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad, como el propio impacto del diagnóstico, las demandas del tratamiento o la incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras.

Otra investigación fue la realizada por Salazar, Colunga, Pando, Aranda y Torres (2007), quienes utilizaron una población de 50 personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 y 100 personas que en ese momento no tenían diagnóstico.. Los encuestados eran adultos de entre 45 a 65 años, asistentes de atención primaria en la zona metropolitana de Guadalajara. Se aplicó el instrumento denominado EuroQOL D-5, que es un cuestionario estandarizado de calidad de vida relacionada con la salud. Como resultado, contrario a lo que se esperaba se encontró que las personas con diagnóstico de diabetes del estudio consideran mejor su calidad de vida que quienes no tienen diabetes.

Velarde y Ávila (2002) hacen referencia a algunos estudios realizados, el primero en 1994 donde se compararon las condiciones clínicas y la calidad de vida en 25 pacientes diabéticos con insuficiencia renal terminal y en programas de diálisis ambulatoria y diálisis en hospitalización; el estudio mostró que la calidad de vida del paciente transferido a diálisis ambulatoria mejoró 52% respecto a sus condiciones previas en diálisis en hospitalización. El segundo estudio fue realizado en 1995, donde participaron 100 pacientes con diabetes tipo 2 no insulino dependientes, se determinó la relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad, descontrol metabólico, enfermedades asociadas, complicaciones tardías y la calidad de vida en un primer nivel de atención. El impacto de las complicaciones es enorme, los pacientes presentaron moderada afección en su calidad de vida por la presencia de las complicaciones tardías, seguidas del descontrol metabólico, el tiempo de evolución y las enfermedades asociadas.

Otra trabajo que cabe mencionar es el realizado por López y Rodríguez (2006), el cual tenía el objetivo de adaptar a población mexicana la versión en español del instrumento Diabetes 39, material multidimensional que cubre aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social; además de que es relativamente corto y de autoadministración. Fueron encuestados 260 pacientes adultos con diagnóstico de diabetes tipo 2 de ambos sexos en tratamiento médico, provenientes de 17 consultorios de la Unidad de Medicina Familiar 91 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Coacalco, Estado de México. El artículo refleja que la calidad de vida en el grupo se afectó poco, lo cual es congruente con el hecho de que sólo un tercio de los pacientes presentó complicaciones tardías de la diabetes, ya que la media del tiempo de diagnóstico fue menor de 10 años. De esta forma, se pudo concluir que la versión en español del instrumento Diabetes 39 tiene validez y consistencia adecuada para medir la calidad de vida en pacientes mexicanos con diabetes tipo 2.

Un estudio realizado por Robles, Cortázar, Sánchez y Páez (2003), tuvo la finalidad de determinar la validez y fiabilidad de la versión en español de la medida de calidad de vida específica para diabetes (DQOL), para lo cual contaron con una muestra de 152 pacientes con diabetes tipo 2 de la Ciudad de México y Jalisco. La muestra completó el DQOL y los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Finalmente, se concluyó en términos generales que los índices de correlación entre la calidad de vida, la ansiedad y la depresión son positivos, moderados y estadísticamente significativos. Así, a mayor sintomatología depresiva y/o ansiosa se presentó un mayor deterioro de la calidad de vida. De la misma forma, se

concluyó que la versión en español del instrumento de calidad de vida específica para diabetes DQOL, es válida y fiable.

Por último, una investigación más, es la llevada a cabo en el estado de San Luis Potosí con una población de 137 pacientes con diabetes tipo 2, donde se midió la calidad de vida nuevamente con el instrumento de calidad de vida específica para diabetes DQOL y la relación de ésta con algunos factores sociodemográficos. Los pacientes con diabetes tipo 2 reportaron moderada afección en su calidad de vida, mostraron mayor afección en la satisfacción con su tratamiento y menor afección en el impacto de la enfermedad (Cárdenas, Pedraza & Lerma, 2005).

Una vez que se ha abordado el concepto de calidad de vida y su relevancia en las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes tipo 2; se hace necesario revisar a la autoeficacia, la cual es una de la serie de variables que explican un adecuado automanejo en el paciente con diabetes tipo 2, que funge como un recurso de respuesta ante la enfermedad y que es capaz de modificar la calidad con que se viva dicha afección, por lo que el siguiente capítulo abordara esta variable.

Capítulo 3. Autoeficacia al tratamiento

Definición

La autoeficacia es un recurso cognitivo que permite a un individuo adaptarse y hace referencia a la percepción que los individuos tienen de sus propias capacidades para encarar diversos eventos cotidianos. Los individuos eficaces se perciben más capaces de enfrentar condiciones diversas y están dispuestos a afrontar los nuevos retos que aquellos que son menos eficaces (Bandura, 1977).

De acuerdo con Bandura (1977), el rol que juega la cognición en la adquisición y regulación de la conducta es importante y está estrechamente relacionada con ella. Al referirse a la teoría social cognitiva, Bandura (1977) también aborda a la motivación, ya que ésta tiene sus raíces en la actividad cognitiva pues hace referencia a una activación y persistencia de la conducta, lo que finalmente se traduce en un esquema comportamental. De esta manera, el hecho de representar los resultados futuros de manera cognitiva puede generar motivaciones presentes de comportamiento en los individuos, es decir, que dichas operaciones de pensamiento influyen en el comportamiento en gran parte por la creación de expectativas, o sea de los resultados futuros. Estas representaciones de resultados futuros se asocian con la eficacia de las personas que las crean, por lo que los individuos creen que comportarse de una determinada manera producirá beneficios anticipados o evitará futuras dificultades. Este refuerzo se concibe principalmente como un medio de motivación, más que como un fortalecedor de respuesta automática en la conducta aprendida previamente.

Para Bandura (1977), los logros de desempeño, el aprendizaje vicario, la persuasión verbal y la excitación emocional, son algunos de los factores que se involucran con la motivación y la conducta, pues forman parte de las raíces cognitivas de éstas. Se puede entender que las influencias que intervienen en la fijación de objetivos y en la automotivación, incluyen pautas en las cuales se evalúa el rendimiento de la conducta. Los individuos crean auto-incentivos que se convierten en representaciones cognitivas que empatan con las normas auto-prescritas. De la misma forma en cómo algunas representaciones coinciden, otras difieren en ese sentido, creándose insatisfacciones que a su vez también motivan cambios correctivos en el comportamiento (Bandura, 1977).

Dentro de la teoría social cognitiva, el constructo de autoeficacia está asociado a las expectativas, puesto que se le asigna un papel central en el análisis de los cambios logrados en el comportamiento temeroso y evitativo o simplemente para producir alguna modificación. Dicho sistema conceptual es sobresaliente por su capacidad para predecir cambios de comportamiento producidos a través de diferentes métodos de tratamiento (Bandura, 1977).

Según Bandura (1997 en Del Castillo, Guzmán, Iglesias & Reyes, 2012) la autoeficacia representa un aspecto nuclear de la teoría social cognoscitiva, donde la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento e involucran tres tipos de expectativas: a) aquellas relacionadas con la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) las de resultado, que se refieren a las creencias de que una conducta producirá determinados resultados, y c) las expectativas de

autoeficacia o autoeficacia percibida, que son las creencias que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

Dichas expectativas según Bandura (1977), ayudan a explicar ciertas conductas de los individuos, por lo que es preciso entender que las expectativas de resultado son mayormente asociadas a las de eficacia, puesto que las primeras hacen referencia a la estimación realizada por una persona de que un determinado comportamiento conducirá ciertos resultados, mientras que una expectativa de eficacia es la convicción de que se puede ejecutar con éxito el comportamiento requerido para producir los resultados, aunque éstas pueden estar limitadas a las tareas simples. De la misma forma, Bandura (1977) considera que en las expectativas relacionadas con la situación los individuos no ejercen algún tipo de control como tal, ya que ocurren independientemente del actuar personal.

Los principales procedimientos psicológicos, cualquiera que sea su forma, sirven como medio de creación y fortalecimiento de las expectativas de eficacia personal. Igualmente, las expectativas de eficacia se diferencian en la generalidad, ya que algunas experiencias crean expectativas con un sentido más generalizado de la eficacia que se extiende mucho más allá de la situación de un tratamiento específico (Bandura, 1977).

Se podría argumentar que la autoeficacia en la teoría social cognitiva resultó ser predictor preciso del rendimiento, es decir, del actuar del individuo, ya

que éstos simplemente juzgando su comportamiento en el pasado pueden predecir su comportamiento futuro. Además, la autoeficacia se conceptualiza como el resultado de diversas fuentes de información transmitidos por experiencia directa y mediada (Bandura, 1977).

Tradicionalmente, la autoeficacia se asocia a un dominio o una tarea específica, aunque algunos investigadores hacen referencia a una autoeficacia general donde remite a una competencia personal acerca de cuán efectiva puede ser una persona al momento de afrontar diversas vicisitudes (Del Castillo & Martínez, 2010).

Las satisfacciones esperadas de los logros deseados y las evaluaciones negativas del desempeño insuficiente proporcionan incentivos para la acción, por ejemplo, después de haber logrado un determinado nivel de rendimiento, los individuos ya no se conforman con dicho escalón y hacen más contingente la auto-recompensa en logros mayores (Bandura, 1977).

Generalmente, las personas con altos niveles de autoeficacia tienden a elegir desempeñar tareas más exigentes y desafiantes, poniéndose metas más altas que el resto de las personas. Estas personas también son más persistentes, realizan un mayor esfuerzo y mantienen un mayor compromiso con sus metas ante las problemáticas que pudieran surgir que aquellas que tienen menor nivel de autoeficacia (Del Castillo & Martínez, 2010).

Para Solano, Madrigal y Santa María (2010) hay diversos factores que pueden influir en la autoeficacia de una persona, como pueden ser: la experiencia

personal que se construye a partir de las experiencias del individuo, es decir, si ha obtenido logros fácilmente es probable que espere cambios rápidos y al no obtenerlos puede verse frustrado y desanimado; la experiencia de los demás, que se refiere al aprendizaje que surge de ver a personas en situaciones similares a las del paciente, de esta manera existe un pensamiento de tener una capacidad en común para obtener un éxito relativamente similar al modelo ya que la influencia del modelo se genera por las igualdades entre los casos; la persuasión social, esta hace referencia a los comentarios o acciones persuasivas que influyen en la autoeficacia del individuo, ya que dichos comentarios a su vez intervienen en el estado de ánimo y éste último influye en la autoeficacia personal; el estatus psicológico, tiene que ver con la percepción de la propia capacidad del individuo en creer que pueda realizar un cambio, si hay un estatus psicológico estable también puede conseguir un estado físico estable.

La autoeficacia funge como una variable fuertemente predictora en la adherencia al tratamiento de diversas enfermedades, pues existe evidencia de la utilidad de dicha variable en cambios de conducta permanentes que hacen mayormente eficaz al paciente en el proceso de su afección (Solano, Madrigal & Santa María, 2010).

La autoeficacia actúa como un predictor de la calidad de vida en las enfermedades crónicas, incluso a través del tiempo dicha variable se asocia a un buen manejo de la enfermedad, ya que por medio de esta se puede intervenir para mejorar la calidad de vida (Cramm, Strating, Roebroeck & Nieboer, 2013).

De acuerdo con Avendaño y Barra (2008), la autoeficacia tiene una fuerte relación con la calidad de vida, pues forma parte del autoconcepto y se desarrolla en interacción con el ambiente social y con el proceso de individuación debido a que se adquieren conocimientos sobre uno mismo y el mundo externo, se desarrollan competencias y por consiguiente se da la adquisición del sentido de eficacia personal. De esta forma la autopercepción que ellos tengan sobre su calidad de vida influye de manera importante sobre la misma.

Las creencias de autoeficacia juegan un rol muy importante en el ajuste a las condiciones de salud crónica a las que se tenga que adaptar el paciente e influye de manera directa con la calidad de vida. Independientemente del tipo y severidad de la enfermedad, la dimensión de autoeficacia se relaciona estrechamente con la sintomatología física y el funcionamiento psicosocial que tenga el adulto (Arnold et al. 2005; Han, Lee, Lee, & Park, 2003; Kohler, Fish & Greene, 2002; Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop & Klapp, 2002; Wu, Tang & Kwok, 2004 en Avendaño & Barra, 2008).

Según Grembowski et al. (1993 en Del Castillo, Guzmán, Iglesias & Reyes, 2012) algunos estudios indican que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia.

De esta manera la autoeficacia actúa como una herramienta ante los padecimientos de las personas, pero al igual que la calidad de vida dependerá en

gran medida de los pensamientos, actitudes y acciones de los pacientes, los cuales deben ir acompañados de un tratamiento integral, el cual podrá apoyar al paciente de la mejor manera posible (Del Castillo & Martínez, 2010).

Evaluación o instrumento

Según Del Castillo, Guzmán, Iglesias y Reyes (2012) con respecto a la evaluación de la autoeficacia en personas con diabetes se han diseñado diversos instrumentos de medición enfocados a pacientes con diabetes tipo 2.

Una de las escalas construidas para estos pacientes es la de Robin, Little y McGuire (2004 en Del Castillo, Guzmán, Iglesias & Reyes, 2012) llamado Cuestionario para la Autoeficacia en Diabetes (DSEQ), que tiene el propósito de evaluar dos aspectos generales: las creencias acerca de la importancia de seguir tareas de autocuidado y la confianza en la habilidad para realizar dichas tareas. También Talbot, Nouwen, Gingras, Goselin y Audet (1997 en Del Castillo, Guzmán, Iglesias & Reyes, 2012) crearon el Cuestionario Multidimensional de Diabetes, mismo que evalúa aspectos sociales y cognoscitivos relacionados con la diabetes, como: 1) percepciones de la diabetes y apoyo social; 2) reforzamiento de conductas positivas y erróneas relacionadas con actividades de autocuidado; y 3) autoeficacia y expectativas de resultados relacionadas con el tratamiento de la diabetes.

La Diabetes Empowerment Scale (DES) es otra medida elaborada por el Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC, 9), válida y confiable para evaluar la autoeficacia relacionada con el cuidado de la diabetes en diversos

contextos tanto de tipo educacional como de intervención psicosocial (Balcázar, Gurrola, Urcid & Colín, 2011).

Por otro lado, otro instrumento que mide la autoeficacia es el desarrollado en un estudio por Schwarzer y Jerusalem (1979 en Cid, Orellana & Barriga, 2010) llamado Escala de Autoeficacia General, el cual mide la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes. A pesar de que la versión original está escrita en alemán, ha sido traducida a 28 idiomas, entre ellos al español con las adaptaciones culturales necesarias para medir de manera contextualizada el constructo. Por lo tanto, en diversos estudios se ha demostrado empíricamente su confiabilidad y validez convergente y discriminante.

Según Del Castillo, Guzmán, Iglesias y Reyes (2012), con el pasar de los años se han diseñado múltiples instrumentos que evalúan la autoeficacia en personas con diabetes tipo 2, sin embargo éstos por lo general no dirigen sus reactivos hacia conductas específicas como la realización de actividad física, toma adecuada de medicamentos y seguimiento del plan alimenticio; además de que no existía una escala estandarizada que evaluara estas características en población mexicana. Es así como en estudios previos se llevó a cabo la construcción del Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en México, mismo que cuenta con las características antes mencionadas (Del Castillo, 2010).

Autoeficacia y Diabetes

El uso de la autoeficacia ha sido manejado para distintos dominios como en el manejo de enfermedades crónicas y en la educación de conductas saludables ante diversas situaciones, por lo que las personas con una mayor percepción de autoeficacia pueden establecer más medidas preventivas de salud. Así, en situaciones de enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes, el uso de la autoeficacia es importante, ya que los cambios que tiene que realizar el paciente son demandantes. Se ha visto en diversos estudios que mayores niveles de autoeficacia están asociados con un mejor automanejo de la diabetes (Del Castillo & Martínez, 2010).

Dentro del grupo de factores psicosociales relacionados con el manejo de la enfermedad, las creencias de autoeficacia al tratamiento intervienen de manera significativa en el automanejo y en los resultados de pacientes con diabetes (Del Castillo & Martínez, 2010).

Tener una mejor comunicación médico-paciente, un adecuado apoyo social, y una mayor autoeficacia, se relaciona con la realización de conductas de autocuidado en la diabetes y estos comportamientos a la vez están directamente relacionadas con el control glucémico (Gao et al., 2013).

El apoyo social, la autoeficacia y el nivel educacional de las personas con diabetes tipo 2 tienen una relación significativa con la adherencia al tratamiento, siendo el apoyo social y la autoeficacia las variables con mayor relación ante la adherencia que el nivel educacional. La autoeficacia se considera una variable

mediacional porque tiene relación con los comportamientos saludables, mismos que propician una mejor adherencia al tratamiento (Canales & Barra, 2014).

Como menciona Del Castillo y Martínez (2010), a diferencia de otras características de personalidad más estable, la autoeficacia es una creencia dinámica, susceptible de cambio mediante intervenciones cognitivo-conductuales que incrementan la motivación para realizar determinadas actividades.

Las intervenciones con estrategias para aumentar la autoeficacia del paciente con diabetes y así llevar a cabo distintas conductas de autocuidado, han mostrado ser efectivas para mejorar los índices de automanejo en dicha afección. Estas intervenciones han sido exitosas para modificar la percepción de autoeficacia hacia conductas específicas y para modificar la autoeficacia hacia el tratamiento en general (Del Castillo & Martínez, 2010).

El constructo de autoeficacia implica un aumento de la salud mental de las personas. De igual manera en pacientes con diabetes tipo 2 se ha encontrado que la alta autoeficacia evita los efectos negativos del estrés que causa dicha enfermedad y aumenta la función del sistema inmunológico, por lo que será mejor para los individuos percibirse a sí mismos como más capaces y eficientes para poder evitar sentimientos de ansiedad y desesperación, ya que de esta manera se desatarían altos niveles de azúcar en la sangre (Alipour, Zare, Poursharifi, Aerab & Afkhami, 2012).

En cuanto a pacientes con diabetes de edad avanzada se han hecho pocas investigaciones, pero se ha encontrado que la autoeficacia en este padecimiento

es relevante como en las personas jóvenes, de tal manera que la mejora del control glucémico de las personas mayores se ve reflejada tras la intervención en el aumento de la autoeficacia de estos pacientes (Trief, Eresi, Eimecke, Shea & Weinstoch, 2009).

Así mismo, la autoeficacia interviene con las conductas de autocuidado en la diabetes, pero también se asocia con la raza, etnia y el nivel de alfabetización de la salud que las personas con esta afección tengan (Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006).

El aumento de la autoeficacia percibida por los pacientes con diabetes aumenta la capacidad de autogestionar su enfermedad. Dicha percepción de autoeficacia está estrechamente relacionada con la voluntad y la capacidad de las personas con diabetes para solucionar problemas que su conducta les genere en diversos momentos, por ejemplo se plantea una autogestión en el cuidado de la diabetes en todo momento, las personas diabéticas deben tener la suficiente autoeficacia para ordenar comida en los restaurantes, llevar el monitoreo de la glucosa en sangre, así como el hecho de cuidar las actividades físicas que pueden realizar (Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero, 2000).

De acuerdo con Del Castillo (2010), las personas que tienen un sentido mayor de autoeficacia tienden a tener beneficios en su funcionamiento general y a tener mejores actitudes preventivas de salud, desarrollan o buscan alternativas para evitar enfermedades o para contar con un tratamiento temprano. Se ha

comprobado que altos niveles de autoeficacia se asocian con una adecuada autogestión en la diabetes tipo 1 y 2 tanto en adolescentes como en adultos.

La autoeficacia que tengan los pacientes con diabetes es fundamental para lograr un adecuado automanejo encaminado a optimizar el control metabólico, prevenir complicaciones de la enfermedad y la reducción de costos en la persona como en las instituciones de salud (Norris, Lau, Smith, Schmid & Engelau, 2002).

Los educadores en diabetes se apoyan de la autoeficacia, ya que bajos niveles de ésta se asocian a un pobre control de la enfermedad por parte de los pacientes, así que los educadores necesitan poder motivar a las personas con diabetes modificando el rol pasivo de los pacientes a un rol más activo, logrando de esta manera una mayor probabilidad de éxito en el tratamiento. El educador en diabetes también debe tomar en cuenta que es fundamental el conocimiento de la autoeficacia y los beneficios que ésta genera en los pacientes (Solano, Madrigal & Santa María, 2010).

Partiendo de la idea de que la autoeficacia es un constructo que media el grado de control metabólico en los pacientes con diabetes tipo 2, en un estudio realizado en la Universidad Autónoma del Estado de México en el año 2011 se comparó este constructo en dos grupos de personas con diabetes tipo 2, uno con control y otro sin control metabólico. Los resultados indican que existen diferencias en las subescalas de metas y barreras en el cuidado de la diabetes, en la de identificación y manejo del estrés y en el puntaje total de autoeficacia, siendo los

pacientes con control metabólico quienes tienen una mejor autoeficacia percibida (Balcázar, Gurrola, Urcid, & Colín, 2011).

Del Castillo, Guzmán, Iglesias y Reyes (2012), realizaron un estudio con 240 pacientes con diabetes tipo 2 seleccionados de forma intencional en centros de salud del estado de Hidalgo, el objetivo era conocer la validez convergente y divergente del Instrumento de Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes por lo que se llevaron a cabo correlaciones producto momento de Pearson entre las escalas del Índice de Bienestar Psicológico OMS-5, el indicador de Hemoglobina Glucosilada HbA1c y el Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes PAID. De esta forma, se encontró que mientras mayor sea el nivel de autoeficacia al tratamiento, mayor será el nivel de bienestar psicológico de los pacientes con diabetes. A mayores niveles de malestar emocional habrá niveles menores de autoeficacia al tratamiento total y por último, a mayor nivel de autoeficacia en diabetes menor será el nivel de hemoglobina glucosilada de los pacientes.

Un estudio realizado en Taiwan con 145 pacientes con diabetes tipo 2, encontraron que las personas que habían sido sometidas al programa de autoeficacia tuvieron mayores resultados en este rubro en comparación con quienes no la recibieron, concluyendo así que la autoeficacia permite una mayor adherencia al tratamiento (Shu-Fang et al., 2011).

Una investigación realizada en Holanda por Kuijer y DeRidder (2003), contó con la participación de 54 pacientes diagnosticados con asma, 31 con diabetes y 32 con insuficiencia cardíaca, todos ellos reclutados de varios

hospitales de ese país a través de la consulta externa de dichos nosocomios. Se encontró una asociación entre una menor calidad de vida al existir una baja autoeficacia para el cumplimiento de las metas en salud, dichos resultados también se relacionan con un bajo bienestar psicológico.

Moore y Lavin (2013) realizaron una investigación en Estados Unidos con el objetivo de evaluar la autoeficacia y el autocuidado, así como su relación predictiva entre los niveles del control glucémico de las personas con diabetes. A través del Esse Health, el cual es un instituto que brinda atención primaria a personas diabéticas, se recolectaron 60 historias clínicas de personas con diabetes tipo 2 que fueron atendidos de forma consecutiva en consulta de atención primaria. Se utilizó el Stanford Self-Efficacy for Diabetes Scale (SES) y el Self-Care Inventory (SCI) para evaluar el objetivo de dicha investigación. Entre los resultados se encontró que las personas cuya diabetes estuviese controlada confiaban mejor en su capacidad de elegir alimentos adecuados para su dieta al momento de tener hambre y en su capacidad de hacer ejercicio tres o cuatro veces por semana, por lo que parece estar relacionada significativamente la autoeficacia y el autocuidado con un mejor control del nivel glucémico.

Un estudio realizado en Jordania por Al-Khawaldeh, Al-Hassan y Froelicher (2012) tuvo el objetivo de evaluar la relación entre la gestión de la diabetes y la autoeficacia junto con los comportamientos de autocontrol de la diabetes y el control glucémico. Se contó con una muestra de 223 sujetos con diabetes tipo 2 de 25 años de edad en adelante, se utilizaron un cuestionario sociodemográfico y clínico, una escala de autoeficacia del manejo de la diabetes y una escala de

conductas de control de la diabetes, mientras que para medir la hemoglobina glucosilada se usó un índice de control glucémico. Entre los resultados se encontró que las conductas de autocuidado y la autoeficacia en la dieta predijeron un mejor control de la glucemia, también los sujetos con mayor autoeficacia reportaron mejores conductas de autocuidado en la dieta, en el ejercicio, en las pruebas de azúcar en la sangre y al momento de tomar medicamentos; aunque más de la mitad de los sujetos no tenían su diabetes bajo control, pues sólo el 42% había asistido a los programas de educación en diabetes.

Otra investigación es la realizada en Chile por Cid, Orellana y Barriga (2010), el objetivo era evaluar características psicométricas de la Escala de Autoeficacia General y la aplicación de la Escala de Autoestima de Morris Rosenberg y la de Estado de Salud Percibido. Se aplicó a 360 personas de ambos sexos de entre 15 y 65 años. De este modo, se encontró que las personas se perciben con una buena capacidad de ejecutar una acción. Estos resultados son importantes debido a que las personas de este estudio se creen capaces de involucrarse en un cambio y esto facilita que se involucren en una conducta en particular. Por lo tanto, Cid, Orellana y Barriga (2010) correlacionan positivamente el constructo de autoeficacia percibida con optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, afectos positivos, competencia percibida, personalidad resistente, afrontamiento centrado en la tarea y satisfacción en el trabajo/colegio; y negativamente con depresión y ansiedad. Las correlaciones positivas de autoeficacia percibida con autoestima y estado de salud percibido se

reflejan en que a medida que aumenta la autoeficacia general también aumenta su autoestima y su estado de salud percibido o percepción de bienestar.

Un estudio más es el realizado por King et al. (2010), que reclutó de clínicas de atención primaria en Denver a 463 participantes con 60 años de edad en promedio y con diagnóstico de diabetes tipo2. Se evaluaron una serie de variables como resolución de problemas, apoyo social, autogestión y autoeficacia; esta última fue evaluada con la Lorig's Diabetes Self-Efficacy Scale y con subescalas de autoeficacia para una alimentación saludable, actividad física, y la toma de la medicación. Como resultado, los factores de autoeficacia y de resolución de problemas fueron asociados con la autogestión. Los patrones de alimentación saludables y la actividad física fueron relacionados con conductas de autoeficacia y variables de apoyo social. La autoeficacia se relacionó fuertemente con la comida y las calorías gastadas en la actividad física saludable. Así, King et al. (2010), sugieren la necesidad de diseñar intervenciones para pacientes con diabetes que mejoren la autoeficacia y por ende el autocuidado de la misma, como lo serían programas de desarrollo de habilidades para mejorar la autogestión de la diabetes.

Capítulo 4. Calidad de vida y autoeficacia

Calidad de vida y autoeficacia en pacientes con diabetes

Desde hace un tiempo, se subraya la importancia de los factores cognitivos y conductuales en la calidad de vida, ya que muestran que algunos individuos pueden percibir una buena calidad de vida aún padeciendo una enfermedad crónica, con todo lo que ella implica desde el punto de vista físico. Por lo cual, se puede plantear que la calidad de vida depende en un grado importante de algunos factores personales y del establecimiento de una determinada relación con el contexto social y el ambiente externo, en todo lo cual la autoeficacia puede desempeñar un rol fundamental (Avendaño & Barra, 2008).

Investigaciones anteriores que correlacionan estas dos variables son las de Oviedo y Reidl (2007) y Avendaño y Barra (2008), donde en ambos estudios se determinaron correlaciones significativas entre la calidad de vida y la autoeficacia; de la misma forma, la autoeficacia mostró un peso importante sobre la calidad de vida y puede ser considerada como un predictor significativo para esta variable. Bajo esta consideración, los hallazgos sugieren que los pacientes de esta población pueden mejorar su percepción de calidad de vida fortaleciendo su percepción de autoeficacia; misma que sería un factor crucial para la percepción del estado de salud, la calidad de vida general y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esta enfermedad (Avendaño & Barra, 2008).

Recientemente, en la investigación de Alipour, Zare, Poursharifi, Aerab y Afkhami (2012), los resultados encontrados coinciden con otras investigaciones,

pues la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida es positiva. Por otro lado, es de resaltar que a esta investigación se agrega la variable estrés, resumiéndolo como factor determinante para la evaluación que el paciente tenga de su calidad de vida; y a la autoeficacia como variable que ajusta la relación entre estas dos variables antes mencionadas.

Kuijjer y DeRidder (2003) realizaron una investigación que tenía como objetivo describir el rol que tiene la autoeficacia en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Los resultados coincidieron en cierta medida con investigaciones pasadas, puesto que la autoeficacia resultó ser una variable mediacional entre la calidad de vida y el bienestar psicológico, demostrando que niveles más bajos de ésta iban acompañados de una menor calidad de vida y viceversa.

Por otro lado, se destaca que la autoeficacia permite a los individuos hacer cosas extraordinarias usando sus capacidades para afrontar los obstáculos y problemas, por lo tanto realizarán más esfuerzos para superar las barreras; por ello la importancia de su abordaje como tema primordial en el tratamiento y en el impacto en la calidad de vida del paciente (Abdollahi, 2007 & Bandra, 1994 en Alipour, Zare, Poursharifi, Aerab & Afkhami, 2012).

Las personas con alta autoeficacia son más fuertes frente a los problemas en comparación con otras personas. Los comportamientos específicos y las intervenciones cognitivas se pueden organizar para los pacientes con baja autoeficacia, para así poder tener un mejor control de su diabetes y por lo tanto

una mejor percepción de su calidad de vida (Littlefieldch, Craven & Rodin, 1992 en Alipour, Zare, Poursharifi, Aerab & Afkhami, 2012).

En otro estudio realizado por Cramm, Strating, Roebroek y Nieboer (2013), se encontró una relación significativa entre las variables de calidad de vida y autoeficacia general en adolescentes con diabetes tipo 1. En dicho estudio se confirmó que la autoeficacia general puede influir en los diversos dominios que componen a la calidad de vida, como lo son el aspecto físico, emocional y social. En esta investigación, los adolescentes reportaron tener una mayor autoeficacia la cual modificaba su calidad de vida, pero esta no distaba demasiado de la primera percepción que habían tenido al inicio de padecer diabetes. Así mismo, Cramm, Strating, Roebroek y Nieboer (2013), consideran que el aspecto familiar resulta importante en esta investigación ya que a consideración de la familia, con el paso del tiempo la autoeficacia de estos pacientes tiene un aumento significativo y por ende la calidad de vida, mientras que los propios pacientes ven un aumento relativamente bajo.

Por otra parte, hay estudios que señalan la relación entre la calidad de vida y la autoeficacia pero como variables adyacentes a otras o relacionadas con algún constructo superior, pero no de manera específica entre ambas (Contreras, Espinosa & Esguerra, 2008). Tal es el caso de la investigación realizada por Contreras, Espinosa y Esguerra (2008), donde se pretendía encontrar la relación entre la calidad de vida, la autoeficacia general y el apoyo social en pacientes con insuficiencia renal crónica. En contraste con lo descrito previamente, estos autores concluyen que en su investigación no existe relación entre la autoeficacia general

tratada como variable mediacional con la adherencia al tratamiento, mientras que la calidad de vida si resultó ser una adecuada variable predictora para la adherencia al tratamiento.

Otro estudio realizado por Moattari, Sharifi y Rouzbeh (2012) trabajó con un programa de empoderamiento, lo cual reveló resultados positivos y una mejoría notoria en la autoeficacia, en la calidad de vida y en los indicadores clínicos. Concluyendo así, que un programa de empoderamiento puede elevar la autoeficacia en las enfermedades crónicas degenerativas y por ende aumentar los niveles de las demás variables estudiadas.

En resumen, existen pocas investigaciones que relacionen la calidad de vida y la autoeficacia, sin embargo existen aún menos estudios que relacionen estas dos variables de manera específica en la diabetes tipo 2, ya que en su mayoría se ha buscado la relación del dominio de autoeficacia general con la adhesión al tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas, como insuficiencia renal, cáncer, esclerosis múltiple, etc. Además se sigue tomando a la autoeficacia como variable mediacional y no como agente directo capaz de influir fuertemente en el tratamiento de la diabetes tipo 2. De acuerdo con Bandura (1977), se puede tener un mayor indicador de la autoeficacia si ésta se estudia de manera específica y no en general. Mientras tanto, la calidad de vida ha tenido mayor impacto en las investigaciones, pero aún no se ha especificado la conexión entre estas variables ni se ha estudiado ampliamente la influencia de la calidad de vida en el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Planteamiento del problema

Justificación

Actualmente la población está creciendo de manera vertiginosa, las exigencias del medio están cambiando, la pirámide generacional se ha invertido y ahora encontramos más adultos: en un futuro tendremos más gente de la tercera edad y menos jóvenes. Este envejecimiento implica que nos debemos preocupar por las condiciones de salud existentes en nuestro país con relación a la calidad de vida (Pérez, 2008).

La diabetes se ha convertido en uno de los problemas de salud más importantes del mundo (Nava & Veraz, 2010). Entre los factores psicosociales que se han asociado al manejo de la enfermedad se encuentran la autoeficacia al tratamiento y la calidad de vida (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002). La autoeficacia influirá en la motivación y en la capacidad de los pacientes para realizar conductas de autocuidado que permitan cumplir con el tratamiento a fin de prevenir complicaciones y reducir costos económicos (Bandura, 1977). Estudios previos muestran que variables como la autoeficacia constituyen predictores positivos en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes, de esta forma, aquellas personas que se perciben más autoeficaces para la toma de medicamentos, modificación del plan alimenticio e implementación de ejercicio, presentará menores índices de deterioro en su calidad de vida (Avendaño & Barra, 2008; Oviedo & Reidl, 2007). A pesar de la relevancia de esta problemática, existen pocos estudios en nuestro país que correlacionen estas dos variables en muestras de personas con este padecimiento.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre los niveles de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca Hidalgo?

Objetivo general

Determinar la relación entre los niveles de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2 en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo.
- Determinar el nivel de autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo.
- Determinar la relación entre los niveles calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo.

Hipótesis

Hipótesis Conceptual

Variables psicológicas como la autoeficacia se asocian positivamente con altos niveles de calidad de vida (Oviedo & Reidl, 2007).

Hipótesis Estadísticas

H_0 = No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo.

H_1 = Si existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo.

Método

Definición de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Calidad de Vida en Diabetes	<p>Valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política (Robles, Cortázar, Sánchez & Páez, 2003).</p>	<p>Se utilizó la versión adaptada al español del instrumento de Calidad de vida específica para diabetes (DQOL), creada por el DCCT Group en 1988 (Robles, Cortázar, Sánchez & Páez, 2003).</p> <p>Mide 4 factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Satisfacción con el tratamiento. 2) Impacto del tratamiento. 3) Preocupación por aspectos sociales relacionados con la enfermedad. 4) Preocupación por aspectos futuros de la enfermedad
Autoeficacia al Tratamiento en Diabetes	<p>Recurso cognitivo que permite a un individuo adaptarse y hacer frente a las enfermedades crónicas, los individuos eficaces son capaces de hacer frente en condiciones diversas y están dispuestos a afrontar los nuevos retos (Bandura, 1977).</p>	<p>Se utilizó el instrumento de Autoeficacia al tratamiento en diabetes (Del Castillo, 2010).</p> <p>Mide 3 factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio. 2) Autoeficacia en la realización de actividad física. 3) Autoeficacia en la toma de medicamentos orales.

Participantes

Participaron 102 pacientes del módulo de Diabetimss de la Clínica 1 del IMSS de Pachuca, Hidalgo, con una media de edad de 58.48 años, seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico.

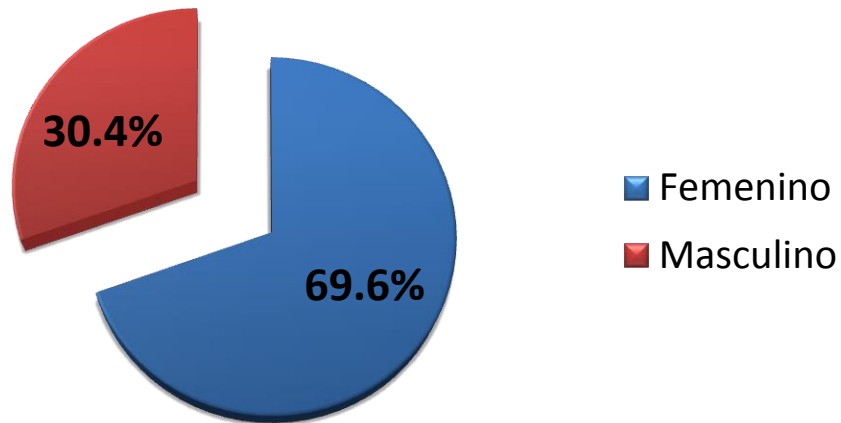


Figura 1. Distribución por sexo.

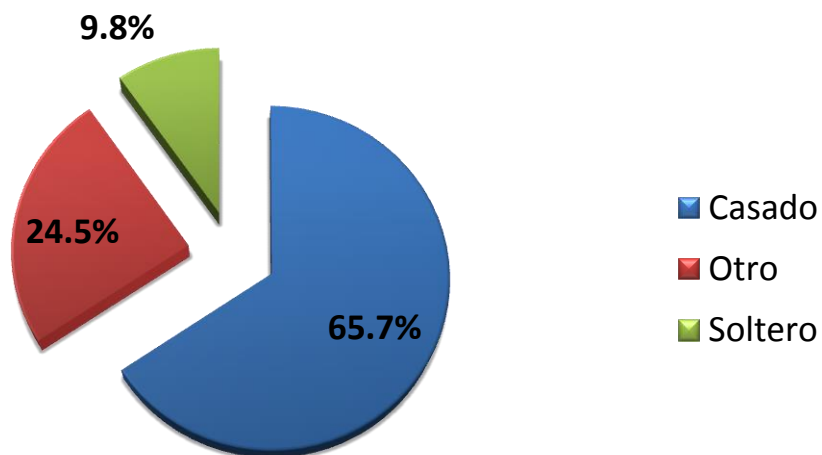


Figura 2. Distribución por estado civil.

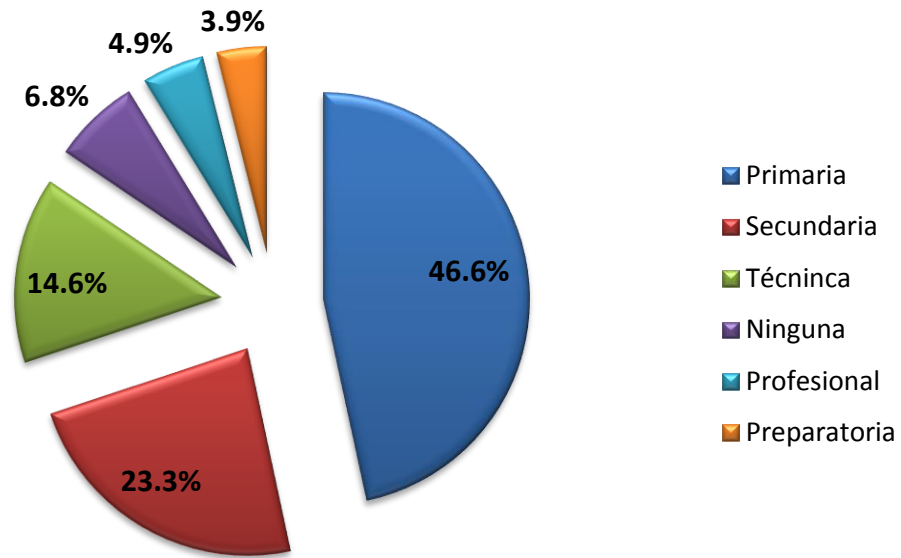


Figura 3. Distribución por escolaridad de los participantes.

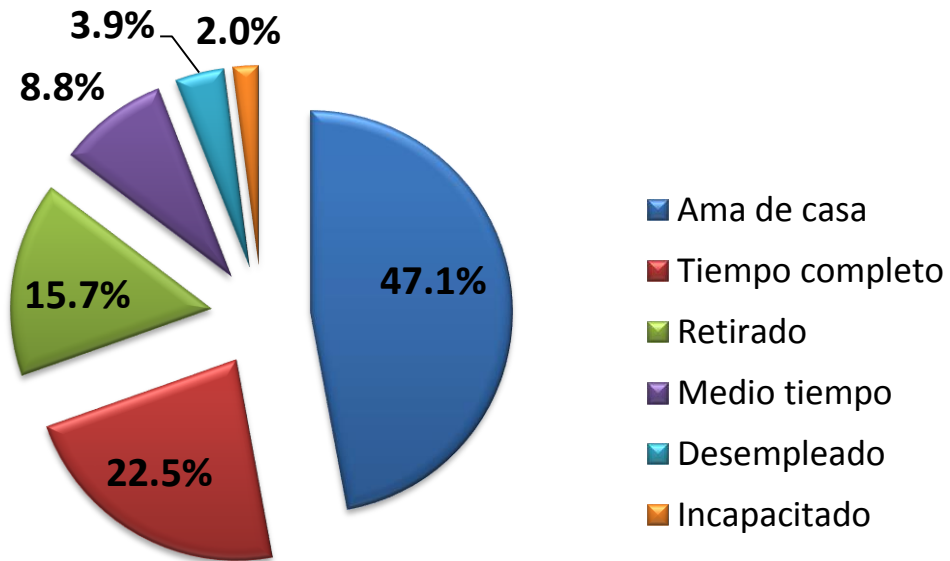


Figura 4. Distribución por ocupación de los participantes.

Tipo de diseño y estudio

Se llevó a cabo un diseño no experimental, transversal, correlacional.

Instrumentos

Calidad de vida en la diabetes

Para medir esta variable se utilizó el instrumento de Calidad de vida específica para diabetes DQOL, evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la diabetes y su tratamiento: 1) Satisfacción con el tratamiento; 2) Impacto del tratamiento; 3) Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes; 4) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales; y 5) Bienestar general. Las preguntas del DQOL se contestan en una escala tipo Lickert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde «muy satisfecho» (1) hasta «muy insatisfecho» (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde «ningún impacto o nunca me preocupo» (1) hasta «siempre me afecta o siempre me preocupa» (5). El reactivo que evalúa bienestar general presenta una escala de cuatro puntos, en donde 1 significa «excelente» y 4 «pobre».

De esta manera, de acuerdo con el sistema original de calificación una baja puntuación bruta de la escala significa una buena calidad de vida y viceversa. Con el fin de facilitar la comprensión de los resultados se utiliza el siguiente método, la puntuación bruta es transformada a una escala de 100 puntos y en tanto sea mayor es mejor la calidad de vida. Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión original en inglés del DQOL han demostrado que se

trata de una medida válida y fiable para evaluar la calidad de vida en personas con diabetes (Robles, Cortázar, Sánchez & Páez, 2003).

El DQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92 y altos coeficientes de estabilidad temporal que van desde 0.78 a 0.92. En lo que respecta a la validez de constructo, se ha probado que el DQOL se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar, ajuste a enfermedad y con medidas genéricas de calidad de vida. Además, se cuenta con evidencia de validez discriminante del DQOL. Las puntuaciones de esta escala se relacionan significativamente con la severidad y número de complicaciones médicas y con el tipo de tratamiento médico de los pacientes. Finalmente, se ha demostrado que el DQOL es una medida sensible al cambio clínico en el funcionamiento del paciente. Sin duda, algunas de éstas son buenas y suficientes razones para que el DQOL sea una de las medidas de evaluación de calidad de vida específica para diabetes más utilizada con fines clínicos y de investigación (Robles, Cortázar, Sánchez & Páez, 2003).

Autoeficacia al tratamiento en diabetes

Se utilizó el instrumento de Autoeficacia al tratamiento en pacientes (Del Castillo, 2010). El instrumento está conformado por 14 reactivos distribuidos en los siguientes factores: 1) Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio (6 reactivos); 2) Autoeficacia en la realización de actividad física (5 reactivos); y 3) Autoeficacia en la toma de medicamentos orales (3 reactivos). Se realizó un

análisis alpha de Cronbach para determinar la confiabilidad de la escala total y las tres subescalas resultantes. La escala total tuvo un índice alpha de 0.8285, mientras que los índices alpha de las subescalas fueron los siguientes: 1) Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio 0.7824; 2) Autoeficacia en la realización de actividad física 0.8093; y 3) Autoeficacia en la toma de medicamentos orales 0.6333.

Procedimiento

Se solicitó permiso a la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca de Soto, Hidalgo para la aplicación de los instrumentos. Posteriormente se visitó el módulo de Diabetimss para tener acceso a los grupos, donde participaron 100 pacientes con diabetes tipo 2. Se les explicó a los usuarios en qué consistía dicho proyecto de investigación, así como las indicaciones necesarias para responder cada instrumento. De igual manera, se solicitó a los pacientes su apoyo para que contestaran los instrumentos. Al terminar el proceso de aplicación se procedió al análisis estadístico (SPSS) y se realizó una Correlación de Pearson para el análisis de los datos.

Resultados

El objetivo general del estudio fue determinar la relación entre los niveles de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo. Los dos objetivos específicos fueron determinar el nivel de calidad de vida y el nivel de autoeficacia al tratamiento. En la Tabla 1 se describen los resultados de medias y desviaciones estándar de dichas variables.

Tabla 1. *Medidas de tendencia central y dispersión de las variables calidad de vida y autoeficacia al tratamiento.*

Variable	Rango teórico	Media \bar{X}	Desviación estándar
Calidad de vida			
Satisfacción con el tratamiento	14-70	24.31	8.09
Impacto del tratamiento	20-100	39.34	8.95
Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes	0-35	4.59	5.25
Preocupación por aspectos sociales	0-20	7.00	3.51
Autoeficacia al tratamiento			
Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio	6-24	18.23	3.73
Autoeficacia en la realización de actividad física	5-20	13.94	3.92
Autoeficacia en la toma de medicamentos orales	3-12	10.94	1.48

La Tabla 1 muestra los datos reportados en cuanto a la variable deterioro de la calidad de vida hacia el tratamiento de la diabetes, donde se muestran los datos reportados en cada uno de los cuatro factores que conforman el instrumento de calidad de vida, los cuales se describen a continuación:

El factor de satisfacción con el tratamiento cuenta con una media de 24.31 y una desviación estándar de 8.09, indicando que las personas con diabetes presentan bajos niveles de deterioro de la calidad de vida en la satisfacción con el tratamiento de su enfermedad, ya que los datos se encuentran por debajo de la media teórica (28).

El factor de impacto al tratamiento cuenta con una media de 39.34 y una desviación estándar de 8.95, indicando que las personas con diabetes tienen un nivel moderado de deterioro de calidad de vida en el factor de impacto al tratamiento, ya que los datos se encuentran dentro de la media teórica (40).

El factor de preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes cuenta con una media de 4.59 y una desviación estándar de 5.25, indicando que en las personas con diabetes presentan niveles bajos de preocupación acerca de los efectos futuros de su padecimiento, ya que los datos se encuentran por debajo de la media teórica (17.5).

El factor de preocupación por aspectos sociales cuenta con una media de 7.00 y una desviación estándar de 3.51, indicando que las personas con diabetes obtuvieron un nivel bajo de preocupación por aspectos sociales, ya que los datos se encuentran por debajo de la media teórica (10).

En la Tabla 1 también se presentan los datos reportados de los tres factores de la variable de autoeficacia al tratamiento, los cuales se describen a continuación:

La autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio cuenta con una media de 18.23 y una desviación estándar de 3.73, indicando que las personas con diabetes muestran altos niveles de autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio, ya que los datos se encuentran por encima de la media teórica (9).

La autoeficacia en la realización de actividad física cuenta con una media de 13.94 y una desviación estándar de 3.92, indicando que las personas con diabetes muestran niveles altos de realización de actividad física, ya que los datos se encuentran por encima de la media teórica (7.5).

La autoeficacia en la toma de medicamentos orales cuenta con una media de 10.94 y una desviación estándar de 1.48, indicando que las personas con diabetes muestran niveles altos en la realización de actividad física, ya que los datos se encuentran por encima de la media teórica (4.5).

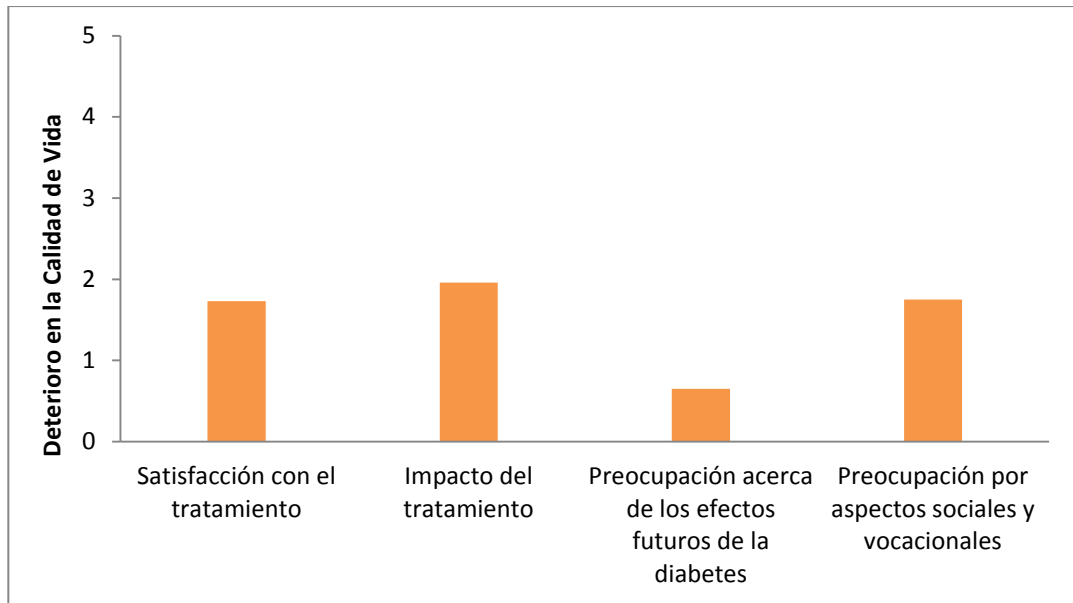


Figura 5. Medias transformadas de cada uno de los factores del Instrumento de calidad de vida en diabetes.

La figura 5 muestra las medias transformadas de cada uno de los factores de calidad de vida. Para poder hacer la comparación de cada uno de los factores se tomó en cuenta el número de reactivos que evalúan cada una de ellos.

Como se puede observar, los factores de calidad de vida que menos deterioro mostraron los pacientes diabéticos son: preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes y la satisfacción con el tratamiento. Los factores que más deterioran la calidad de vida son: impacto del tratamiento y preocupación por aspectos sociales y vocacionales.

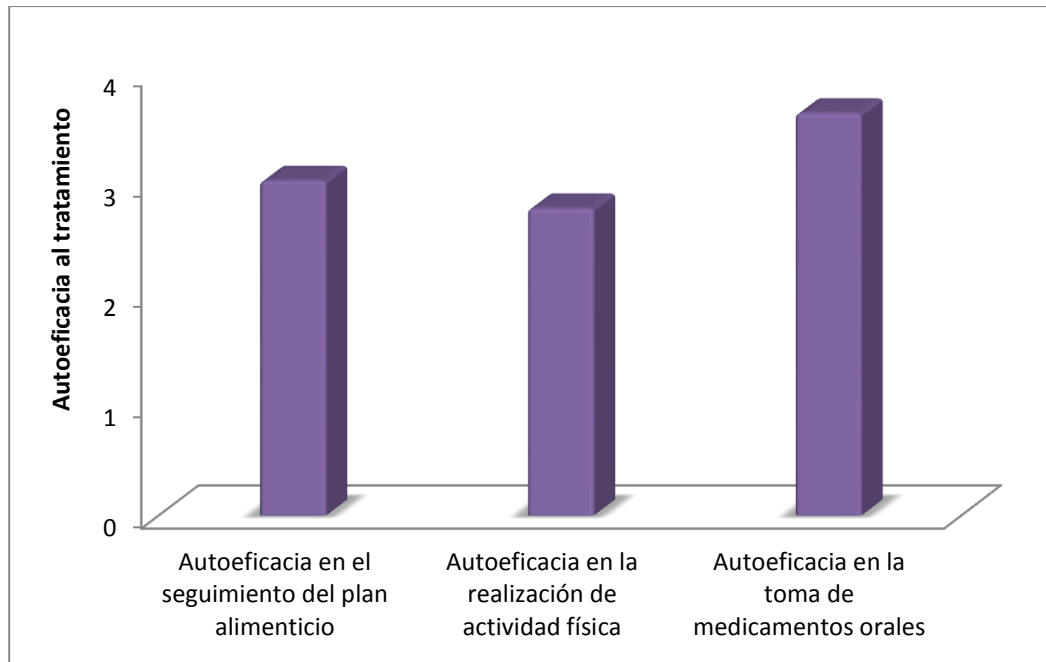


Figura 6. Medias transformadas de cada uno de los factores del Instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes.

La figura 6 muestra las medias transformadas de cada uno de los factores de autoeficacia al tratamiento. Para poder hacer la comparación de cada uno de los factores se tomó en cuenta el número de reactivos que evalúan cada uno de ellos.

Como se puede observar, los factores de autoeficacia al tratamiento en los cuales se sienten más capaces de llevar a cabo las personas con diabetes fueron: autoeficacia en la toma de medicamentos orales, seguido de autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio. En contraste el factor con menos puntuación para el que los pacientes se sientan capaces de llevar a cabo fue: autoeficacia en la realización de actividad física.

El tercer objetivo específico fue determinar la relación entre los niveles de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, en la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, Hidalgo. Para determinar la relación entre estas variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson, dichos resultados se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Relación entre la calidad de vida y la autoeficacia al tratamiento.

Calidad de Vida	Autoeficacia al tratamiento		
	Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio	Autoeficacia en la realización de actividad física	Autoeficacia en la toma de medicamentos orales
Satisfacción con el tratamiento	-.322**	-.226*	-.325**
Impacto del tratamiento	-.252*	-.212*	-.202*
Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes	-.131	-.066	-.081
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	-.241*	-.270**	-.190

*p<.05 **p<.01

Se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio con la satisfacción con el tratamiento ($r = -.322$) y el impacto del tratamiento ($r = -.252$). Lo cual indica que a mayor nivel de autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio menor será el

deterioro de la calidad de vida con respecto a la satisfacción del tratamiento y será menor el impacto del mismo.

Se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio con el factor de preocupación por aspectos sociales y vocacionales ($r = -.241$). Lo cual indica que a mayor nivel de autoeficacia en el seguimiento del pan alimenticio será menor el nivel de deterioro de la calidad de vida en el factor de preocupación por aspectos sociales y vocacionales.

Se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre la autoeficacia en la realización de actividad física con el factor de satisfacción con el tratamiento ($r = -.226$) y el impacto del tratamiento ($r = -.212$). Lo cual indica que a mayor nivel de autoeficacia en la realización de actividad física menor será el nivel de deterioro de la calidad de vida en el factor de satisfacción con el tratamiento y el impacto del mismo.

Se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre la autoeficacia en la realización de actividad física con el factor preocupación por aspectos sociales y vocacionales ($r = -.270$). Lo cual indica que a mayor nivel de autoeficacia en la realización de actividad física será menor el nivel de deterioro de la calidad de vida en el factor de preocupación por aspectos sociales y vocacionales.

También se encontraron relaciones negativas estadísticamente significativas entre la autoeficacia en la toma de medicamentos orales con

satisfacción con el tratamiento ($r = -.325$) y el impacto del tratamiento ($r = -.202$). Lo cual indica que a mayor nivel de autoeficacia en la toma de medicamentos orales será menor el nivel de deterioro de la calidad de vida con respecto a la satisfacción del tratamiento y también será menor el impacto del tratamiento.

Discusión y Conclusiones

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación entre el nivel de calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 de la Clínica 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar el nivel de calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2, los resultados arrojan que los pacientes presentan niveles moderados en su calidad de vida. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la investigación realizada por Cárdenas, Pedraza y Lerma (2005), en el estado de San Luis Potosí con una población de 137 pacientes con diabetes tipo 2, quienes midieron la calidad de vida y su relación con algunos factores sociodemográficos. Como resultados obtuvieron que los pacientes con diabetes tipo 2 reportaron una moderada afección en su calidad de vida, tanto de manera global como de cada dimensión.

De igual forma, Oviedo y Reidl (2007) realizaron otra investigación con 263 pacientes con diabetes tipo 2 y obtuvieron resultados similares a los ya mencionados. Al determinar la calidad de vida de estos pacientes se concluyó que la percepción promedio de calidad de vida para toda la escala, con una puntuación corregida de 58.0 fue regular; mientras que en todos los factores que se evaluaron de este constructo se obtuvo una percepción de calidad de vida similar a la general.

Esto puede deberse a que los pacientes con diabetes tipo 2 presentan signos leves o agudos en el deterioro de su calidad de vida. Los datos demuestran

sistemáticamente en las diversas áreas evaluadas que el grado de deterioro de la calidad de vida está relacionado con diversos factores que pueden afectar su evaluación, como la evolución de la cronicidad de la diabetes, la falta de apego terapéutico, el propio impacto del diagnóstico, las demandas del tratamiento o la incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras (De los Ríos, Sánchez, Barrios & Guerrero, 2004; Rubín & Peyrot, 1999 en Machado, Anarte & Ruiz, 2010).

También es importante mencionar que en el presente estudio se encontró que el factor de satisfacción con el tratamiento e preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mostraron menor signo de deterioro de la calidad de vida en las personas diabéticas; esto podría deberse a que éstas tienen una percepción menos aversiva de la enfermedad, considerándose con una calidad de vida aceptable, por lo que podrían reducir los efectos negativos de la enfermedad (Pérez, 2008).

En cuanto al factor de preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes, la población encuestada se percibe como menos preocupada por los efectos de la afección, por ejemplo en cuestiones físicas como desmayos, complicaciones propias de la enfermedad, que otras personas las vean diferentes, etc., esto podría deberse a la falta de educación en diabetes de las personas, ya que esto es primordial en dicha afección, pues deben tener conocimiento de lo que implica la enfermedad y sobre todo ser conscientes de su padecimiento (Gil, Sil, Domínguez, Torres & Medina, 2013).

Los factores con mayor deterioro de calidad de vida son: impacto al tratamiento y preocupación por aspectos sociales, aunque es preciso mencionar que aunque reflejan mayor deterioro en la calidad de vida, no se encuentra en niveles deplorables. El factor de impacto al tratamiento refleja que existe un mayor deterioro de la calidad de vida, pues los rubros que cubre son acerca de cómo afecta dicho nuevo régimen alimentario y médico a su vida, en los cuales las personas indican que si han tenido dificultades.

Es importante hacer notar que la mayor parte de la población del estudio es femenina y que cuenta con una pareja, así mismo son amas de casa y en este aspecto las redes sociales como la familia puede convertirse en una fuente de preocupación, ya que no pueden comer libremente o realizar hábitos que tenían anteriormente debido a la afección, además de que sus chequeos médicos demandan tiempo no solo del paciente sino también de algún familiar acompañante (Vírveda, 2012).

El segundo objetivo específico fue determinar el nivel de autoeficacia hacia el tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, los resultados arrojan que los niveles en la autoeficacia hacia el tratamiento son altos, destacando que los factores del seguimiento del plan alimenticio y la toma de medicamentos están un poco más arriba que el factor de la realización de actividad física, pero destacando que los tres factores poseen niveles altos.

El primer factor del seguimiento del plan alimenticio reporta un nivel alto de autoeficacia, por lo que se puede entender que las personas se perciben con

mayor capacidad para apegarse al nuevo cambio alimentario, aunque no significa que lleven el automanejo adecuado. Pero al mismo tiempo este resultado ayuda a disminuir el deterioro de la calidad de vida en el factor de preocupación por aspectos sociales, lo que significa que el seguir el plan alimenticio adecuadamente y establecer una correcta educación a la persona diabética es prioridad en cualquier intervención que se haga en esta afección (Gil, Sil, Domínguez, Torres & Medina, 2013).

Mientras tanto el factor de autoeficacia en la toma de medicamentos también maneja un nivel alto de respuesta de las personas, pues estos reflejan tener confianza en que lleven un adecuado tratamiento farmacológico, y por ende puedan disminuir el impacto al tratamiento.

El último factor de realización de actividad física sugiere menor autoeficacia en las personas, pero puede deberse a la edad de los pacientes ya que la mayoría son personas adultos mayores, y cuentan con escolaridad primaria, por lo que podría entenderse que no tienen el hábito ni la educación de llevar una actividad física.

De esta forma se puede concluir que los pacientes se sienten más autoeficaces para comer y tomar sus medicamentos como lo dicta su tratamiento, pero se sienten menos autoeficaces para la realización de actividad física.

Estos resultados son consistentes con una investigación realizada por Del Castillo (2010), donde participaron un total de 34 pacientes con diabetes tipo 2 de los municipios de Actopan y Progreso del estado de Hidalgo, distribuidos en cuatro

grupos de los cuales la mayoría mostró mayor autoeficacia en la toma de medicamentos y mayor capacidad para seguir su plan alimenticio, coincidiendo con los resultados de esta investigación, donde los niveles de autoeficacia son altos.

De igual manera, estos resultados coinciden con los de otra investigación realizada por Cid, Orellana y Barriga (2010) en población chilena donde obtuvieron un puntaje alto al medir autoeficacia, es decir, que las personas en general se perciben con una buena capacidad para ejecutar una acción.

Esto puede deberse a que los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia, ya que mayores niveles de autoeficacia al tratamiento incidirán en la motivación del paciente, aumentando la probabilidad de que invierta mayor esfuerzo en llevar a cabo su tratamiento, que sea más persistente y mantenga mayor compromiso con sus metas (Bandura, 1997 en Del Castillo, Guzmán, Iglesias & Reyes, 2012; Grembowski et al. 1993 en Del Castillo, Guzmán, Iglesias & Reyes, 2012).

Así mismo, los resultados del estudio de Balcázar, Gurrola, Urcid y Colín (2011) realizado a 65 pacientes con diabetes tipo 2 en México, divididos en 2 grupos con y sin control metabólico, son consistentes con los resultados que se han descrito en esta investigación en cuanto a niveles altos de autoeficacia, pues

las comparaciones indican que el nivel de autoeficacia demostrado por el grupo de personas con control es mayor que el del grupo de personas sin control.

Esto puede ser debido a que como lo menciona Bandura (1995 en Balcázar, Gurrola, Urcid & Colín, 2011), las personas con una expectativa deficiente de su eficacia personal se perciben a sí mismas como desvalidas, incapaces y sujetas a condiciones externas que no pueden controlar porque consideran que les vienen de afuera y en consecuencia se sienten incapaces de llevar a cabo la acción o siquiera intentar ejecutar algún tipo de control sobre aquellas cosas que amenazarían su integridad y que les represente un problema, ya que la creencia predominante es de inutilidad al pensar que todos los esfuerzos no son suficientes para generar cambios.

El tercer y último objetivo específico fue determinar la relación entre los niveles calidad de vida y autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. Se pudo determinar que los pacientes al presentar altos niveles de autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio, disminuye el deterioro en la calidad de vida en las áreas: satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento y preocupación por aspectos sociales y vocacionales. De igual forma, el nivel de deterioro en la calidad de vida de los factores: satisfacción con el tratamiento, impacto del mismo y preocupación por aspectos sociales y vocacionales se ven disminuidos cuando los pacientes presentan niveles altos de autoeficacia en la realización de actividad física. Por último, en el factor de autoeficacia en la toma de medicamentos orales, al presentarse altos niveles del mismo, los pacientes

presentan una disminución en el deterioro de la calidad de vida, específicamente en satisfacción con el tratamiento y en el impacto del mismo.

Estos resultados son consistentes con una investigación realizada en algunos centros de salud del Distrito Federal (Oviedo & Reidl, 2007) donde se concluyó que variables psicológicas como la autoeficacia constituyen predictores positivos en la percepción de la calidad de vida. Esto, debido a que la percepción de autoeficacia en diabetes mostró una de las correlaciones significativas más importantes con la subescala de satisfacción con el tratamiento que pertenece a la variable de calidad de vida.

Una investigación más reciente sobre la diabetes tipo 2 es la realizada por Alipour, Zare, Poursharifi, Aerab y Afkhami (2012) donde se analizó la relación entre calidad de vida y autoeficacia, se concluyó una vez más que los resultados muestran una relación positiva entre ambas variables. Por otro lado, autores como Kuijer y DeRidder (2003) describieron a la autoeficacia como variable mediacional entre la calidad de vida, encontrando que niveles más bajos de autoeficacia iban acompañados de una menor calidad de vida, afectando invariablemente el bienestar psicológico de las personas con enfermedades crónicas.

Esto puede deberse a que la influencia que tiene la autoeficacia sobre la calidad de vida, misma que se puede explicar por el hecho de que un mayor nivel de autoeficacia producirá una mayor resistencia al estrés, es decir, una mayor capacidad de adaptación a las demandas que implican las transiciones evolutivas y también una mayor capacidad de ajuste a la experiencia de vivir con una

condición de enfermedad crónica (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara 1999 en Avendaño & Barra, 2008).

Investigaciones con adolescentes diagnosticados con alguna enfermedad crónica entre ellas diabetes tipo 1, obtuvieron resultados que coinciden nuevamente con los de esta investigación, ya que concluyeron que es la autoeficacia la variable que muestra tener la mayor influencia sobre los diversos dominios que componen a la calidad de vida (Avendaño & Barra, 2008; Cramm, Strating, Roebroek & Nieboer, 2013).

Esto se podría deber a que las creencias de autoeficacia juegan un rol importante en el ajuste a las condiciones de salud crónica y por lo tanto en la calidad de vida resultante, ya que la dimensión de autoeficacia se relaciona con la sintomatología física y el funcionamiento psicosocial tanto en adultos como en adolescentes con esta afección (Avendaño & Barra, 2008).

Como conclusión a esta investigación, se puede observar la corroboración de investigaciones afines, las cuales demuestran una relación existente entre el nivel de calidad de vida y la autoeficacia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, no solamente de Hidalgo sino de otros estados de la república y de distintos países. Según la información obtenida, la correlación entre el deterioro en la calidad de vida y la autoeficacia al tratamiento es estadísticamente significativa, concluyendo que mientras los pacientes con diabetes tipo 2 cuenten con mayor autoeficacia al tratamiento el deterioro en la calidad de vida será menor.

Sugerencias y Limitaciones

Algunas limitaciones de este estudio se enfocan en la población, ya que ésta fue seleccionada de una sola unidad de medicina familiar y únicamente entre quienes acuden a consulta, lo cual puede ocasionar un sesgo de selección al no encuestar a pacientes de otra unidad médica o a quienes no demanden atención medica. Se sugiere estudiar a esta población faltante, para poder confirmar si los hallazgos de la investigación se pueden generalizar a toda la población diabética con o sin seguro social.

Otra de las limitaciones de la investigación igualmente se centra en el tipo de población participante, por lo que se sugiere que en futuras investigaciones se amplíe la muestra a otras poblaciones con alguna otra enfermedad crónica para que se puedan difundir los resultados entre los pacientes con afecciones crónicas.

Una limitación más se puede observar en la edad promedio de los participantes. En futuras investigaciones se sugiere contar con una población más joven, para poder realizar un estudio que tome en cuenta la diferencia por edad y así poder determinar si esta variable es un factor que falla a favor de la influencia de las variables estudiadas en esta investigación. Así mismo, se sugiere realizar un estudio que busque diferencias en la percepción de las variables tanto en hombres y mujeres jóvenes, ya que esto podría indicar distintas metodologías para los tratamientos establecidos por el equipo de los profesionales en salud.

Se sugiere profundizar y realizar más investigaciones que se basen en la asociación de las variables estudiadas en esta investigación, ya que la relación de

éstas ofrecen una herramienta que se puede explotar para mejorar la atención que se brinda a las personas con diabetes tipo 2, de esta manera se podrían generar programas útiles en diferentes niveles de prevención y así mismo, se podrá fortalecer la teoría existente y mejorar el trabajo de los profesionales de la salud.

Por otro lado, se sugiere ampliar la relación de las variables, es decir, que en futuras investigaciones se incluyan otras variables que pudieran tener relación con la calidad de vida y la autoeficacia al tratamiento en pacientes con esta afección, para así poder ampliar el conocimiento de este padecimiento y sus posibles formas de intervención.

Referencias

- Alipour, A., Zare, H., Pourshafarifi, K., Aerab, M. & Afkhami, A. (2012). The Intermediary Role of Self-Efficacy in Relation with Stress, Glycosylated Haemoglobin and Health-Related Quality of Life in Patients with Type2 Diabetes. *Iranian Journal Public Health*, 41(12), 76-80.
- Al-Khawaldeh, O., Al-Hassan, M. & Froelicher, E. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 10-16.
- Almirón, M., Gamarra, S. & González, M. (2005). Diabetes gestacional. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 12(152), 23-27.
- Anarte, M., López, A., Ramírez, C. & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de psicología*, 16(2), 131-141.
- Anderson, R., Funnell, M., Fitzgerald, J. & Marrero, D. (2000). The Diabetes Empowerment Scale, a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23(6), 739-743.
- American Diabetes Association (2012). *Diabetes Basics*. Recuperado de <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-2/?loc=DropDownDB-type2>
- American Diabetes Association. (2013). *Las complicaciones de la diabetes*. Recuperado de http://www.amdiabetes.org/complicaciones_de_la_diabetes.php.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2000). *Guías Alad 2000. Para el diagnóstico y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia*. Recuperado de <http://www.surhta.com/PDF/Guías%20ALAD202002%20Diabetes.pdf>
- Avendaño, M. & Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo social y Calidad de vida en pacientes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Balcázar, P., Gurrola, G., Urcid, S. & Colín, H. (2011). *Comparación de Autoeficacia Percibida en pacientes adultos con Diabetes tipo 2*. Trabajo presentado en el 12vo Congreso Virtual de Psiquiatría, México. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2556?mode=full>.

- Canales, S. & Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24(2), 167-173.
- Cárdenas, V., Pedraza, C. & Lerma, R. (2005). Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ciencia UANL*, 8(3), 351-357.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. & Canales, C. (2000). Calidad de vida: Un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14 (1, 2), 3-15.
- Carrillo, C. & Panduro, A. (2001). Genética de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Red de Revistas Científicas de América Latina y del Caribe, España y Portugal*, 3, 27-34.
- Cramm, J., Strating, M., Roebroek, M. & Nieboer, A. (2013). The Importance of General Self-Efficacy for the Quality of Life of Adolescents with Chronic Conditions. *Social Indicators Research*, 113(1), 551-561. doi: 10.1007/s11205-012-0110-0.
- Cid, P., Orellana, A. & Barriga, O. (2010). Validación de la Escala de Autoeficacia General en Chile. *Revista Médica Chile*, 138, 551-557.
- Colagiuri, R. (2004). Programas nacionales de diabetes: integrar los aspectos psicosociales. *Diabetes Voice*, 49, 31-33.
- Colunga, C., García de Albe, J., Salazar, J. & González, M. (2005). Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 24-32.
- Contreras, F., Espinosa, J. & Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis 1. *Psicología y Salud*, 18(2), 165-179.
- De los Ríos, J., Sánchez, J., Barrios, P. & Guerrero, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 42(2), 109-116.
- Del Castillo, A. (2010). *Apoyo Social, Síntomas Depresivos, Autoeficacia y Bienestar Psicológico en Pacientes con Diabetes tipo 2* (Tesis de Doctorado). UNAM, México.
- Del Castillo, A. & Martínez, J. (2010). Factores psicosociales asociados al automanejo del paciente con diabetes tipo 2. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Del Castillo, A., Guzmán, R., Iglesias, S., Reyes, I. (2012). Validez divergente y convergente del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes. *Psicología Iberoamericana*, 20(2), 58-65.
- Díaz, E. (2010). Páncreas: Anatomía e Histología. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Donald, M., Dower, J., Coll, J., Baker, P., Mukandi, B. & Doi, S. (2013). Mental health issues decrease diabetes-specific quality of life independent of glycaemic control and complications: findings from Australia's living with diabetes cohort study. *Health & Quality of Life Outcomes*, 11(1), 1-17. doi: 10.1186/1477-7525-11-170.
- El Achhab, Y., Nejjari, C., Chikri, M. & Lyoussi, B. (2008). Disease-specific health-related quality of life instruments among adults diabetic: a systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 80, 171-184.
- Esquivel, C., Esquivel, J. & Morales, J. (2010). Páncreas: Fisiología. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Funnell, M.M. & Anderson, R.M. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22, (3), 123-127.
- Gagliardino, J., Turatti, L., Davidson, J., Rosas, J., Castañeda, R. & Ramos, N. (2013). *Manual de automonitoreo de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD)*. Disponible en <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/AUTOMONITOREO%20PARA%20DIABETES.pdf>.
- Gao, J., Wang, J., Pinpin, Z., Haardörfer, R., Kegler, M., Zhu, Y. & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family practice*, 14(66), 1-6. doi:10.1186/1471-2296-14-66
- Gil, L., Sil, M., Domínguez, E., Torres, L. & Medina, J. (2013). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1), 104-19.
- Glasgow, R.E. & Anderson, R.M. (1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. *Diabetes Care*, 22, 2090–2091.
- Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Barrera, M.J. & Strycker, L.A. (2005). The Chronic Illness Resources Survey: cross-validation and sensitivity to intervention. *Health Education Research*, 2, 402–409.

- Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J. & Ritterband, L.M. (2002). Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (3), 611–625.
- Haynes, B.R., Taylor, W.R. & Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica*. Disponible en http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/000GER_DiabetesMellitus.pdf.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Tipos de diabetes*. Recuperado de http://www.imss.gob.mx/salud/Diabetes/Pages/Prediabetes_2.aspx
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2012). *Estadísticas*. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.
- International Diabetes Federation. (2013). *Comunicado de prensa*. Disponible en <http://www.idf.org/node/1291>.
- International Diabetes Federation. (2013). *Diabetes Atlas Sexta edición*. Disponible en <http://www.idf.org/diabetesatlas/download-book>.
- International Diabetes Federation. (2013). *Complicaciones*. Disponible en <http://www.idf.org/complications-diabetes>.
- Jonguitud, A. & Díaz, L. (2010). Costos de la diabetes. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- King, D., Glasgow, R., Toobert, D., Strycker, L., Estabrooks, P., Osuna, D. & Faber, A. (2010). Self-Efficacy, Problem Solving, and Social-Environmental Support Are Associated With Diabetes Self Management Behaviors. *Diabetes Care*, 33 (4), 751–753.
- Kuijjer, R. & DeRidder, D. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill Patients: the role of self-efficacy. *Psychology and Health*, 18(3), 313-330.
- Lazo, M. & Fernández, M. (2010). Bases moleculares de la diabetes tipo 2. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- López, J. & Rodríguez, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 48(3), 200-211.
- Lozano, M. & Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichán*, 7(1), 32-40.
- Machado, A., Anarte, M. & Ruiz, M. (2010). Predictores de Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Clínica y Salud*, 21(1), 35-47.
- Magwood, G., Zapka, J. & Jenkins, C. (2008). A review of systematic reviews evaluating diabetes interventions - focus on quality of life and disparities. *Diabetes Educator*, 34, 242-265.
- Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N. & Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (115), 1-10.
- Monardes, C., González, F. & Soto, P. (2011). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 2, 93-119.
- Monedero, R., Morillo, C., Muñoz, J., Quero, M. & Libreros, L. (2008). Factores de Riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2 en Estudiantes de Medicina. *INFORMED*, 10(10), 1-8.
- Moore, C. & Lavin, M. (2013). Association of Self-Efficacy and Self-Care With Glycemic Control in Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 26(3), 172-178.
- Moreno, B. & Ximénes, C. (1996). Evaluación de la Calidad de Vida. En Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Mussi, C. (2006). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En L. Oblitas (Ed.) *Psicología de la salud y calidad de vida*. (Segunda Ed.). Thomson.
- Nava, G. & Veras, M. (2010). Epidemiología de la diabetes. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Nieto, J. (2010). Diabetes en el tiempo. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Norris, S., Lau, J., Smith, S., Schmid, C. & Engelau, M. (2002). Self-Management Education for Adults With Type 2 Diabetes, a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 25(7), 1159-1171.

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Diabetes: consecuencias frecuentes de la diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Oviedo, M. & Reidl, L. (2007). Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(1), 31-42.
- Pérez, V. (2008). Estrategia de intervención dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4), 1-10.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martínez, Y. & Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *AVFT*, 23(1), 13-17.
- Razgado, P. (2010). Diabetes: Definición, diagnóstico y clasificación. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Riveros, A., Castro, G. & Lara, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291-304.
- Robles, R., Cortázar, J., Sánchez, J. & Páez, F. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15(2), 247-252.
- Romero, R., Díaz, G. & Romero, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 125-136.
- Salamanca, A. & Giraldo, C. (2011). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*, 2(1), 185-210.
- Salazar, J., Colunga, C., Pando, M., Aranda, C. & Torres, M. (2007). Diabetes y calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara. *Investigación en Salud*, 9(2), 88-93.
- Salazar, J., Torres, T., Colunga, C. & Ángel, M. (2009). Calidad de vida, salud y trabajo, la relación con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 10(3), 1-10.

- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavior mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.
- Sarkar, U., Fisher, L. & Schillinger, D. (2006). Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self-Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy? *Diabetes Care*, 29(4), 823-829.
- Secretaría de Salud. (2013). *Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2 primer trimestre-2013*. Disponible en http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf
- Sethi, A. (2011). *Diabetes: Su control: Por medio de una dieta, yoga y ejercicios, curas naturales, acupresion, ayurveda y alopátia*. México: Tomo, 23- 28.
- Shu-Fang, W., Mei, L., Shu, L., Yu, L., Tsae, J. & Heng, T. (2011). Effectiveness of a self-efficacy program for Persons with diabetes: A randomized controlled trial. *Nursing and Health Sciences*, (13), 335-343.
- Solano, G., Madrigal, E. & Santa María, S. (2010). El equipo interdisciplinario de salud en el tratamiento de la diabetes. En J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, I. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (Eds.) *Diabetes*. (Segunda Ed.). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Sundaram, M., Kavookjian, J. & Patrick, J.H. (2009). Health-related quality of life and quality of life in type 2 diabetes: relationships in a cross-sectional study. *Patient-Centered Outcomes Research*, 2, 121-133.
- Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76-86.
- Trief, P. M., Teresi, J. A., Eimicke, J. P., Shea, S. & Weinstock, R. S. (2009). Improvement in diabetes self-efficacy and glycaemic control using telemedicine in a sample of older, ethnically diverse individuals who have diabetes: The IDEATel project. *Age and Aging*, 38(2), 219-225.
- Veenhoven, R. (2001). Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo. *Centro Scientifico Editore*, (152), 67-95.
- Velarde, E. & Ávila, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública México*, 44(5), 448-463.

- Velázquez, M. & Balcázar, P. (2012). Factores biopsicosociales involucrados en la Diabetes Mellitus: Historias contadas por sus protagonistas. En P. Balcázar, G. Gurrola & A. Moysén. (Eds.) *Diabetes y Psicología de la Salud*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Vírseda, J. (2012). Familia, enfermedad crónica y resiliencia. En P. Balcázar, G. Gurrola & A. Moysén. (Eds.) *Diabetes y Psicología de la Salud*. México: Miguel Ángel Porrúa.

ANEXOS

Instrumento de calidad de vida en diabetes

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

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

Ahora, por favor indique qué tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos. Circule el número apropiado.

	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
B1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5
B2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	1	2	3	4	5
B3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?	1	2	3	4	5
B4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
B5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5
B6. ¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches?	1	2	3	4	5
B7. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita a su vida social y sus amistades?	1	2	3	4	5
B8. ¿Con qué frecuencia siente bien con usted mismo?	1	2	3	4	5
B9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
B10. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?	1	2	3	4	5
B11. ¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una maquina? 8ej. Una máquina de escribir)	1	2	3	4	5
B12. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	1	2	3	4	5
B13. ¿Con qué frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su dieta?	1	2	3	4	5
B14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
B15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta de que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
B16. ¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	1	2	3	4	5
B17. ¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B18. ¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás?	1	2	3	4	5
B19. ¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B20. ¿Con qué frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina?	1	2	3	4	5

Finalmente, por favor indique con qué frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Circule el número que mejor describa sus sentimientos. Si la pregunta no es relevante para usted, circule no aplica.

	Nunca	Poco	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre	No se aplica
C1. ¿Con qué frecuencia se preocupa si se va a casar?	1	2	3	4	5	0
C2. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
C3. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá el trabajo que quiere?	1	2	3	4	5	0
C4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si le negaran un seguro?	1	2	3	4	5	0
C5. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela?	1	2	3	4	5	0
C6. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si va a faltar a su trabajo?	1	2	3	4	5	0
C7. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	1	2	3	4	5	0

	Nunca	Poco	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre	No se aplica
D1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se desmayará?	1	2	3	4	5	0
D2. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5	0
D3. ¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	1	2	3	4	5	0
D4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

E1. Comparándose con otras personas de su edad, usted diría que su salud es:

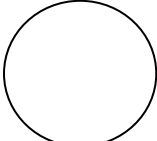
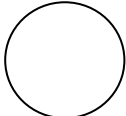


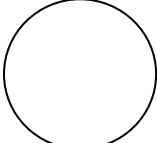
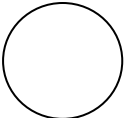


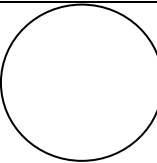
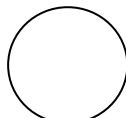


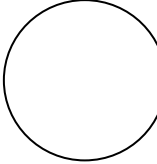
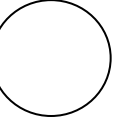


- 1 Excelente
- 2 Buena
- 3 Regular
- 4 Pobre

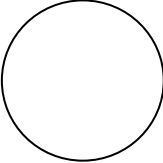
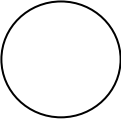
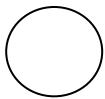

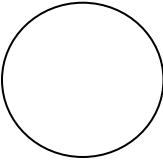
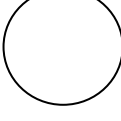
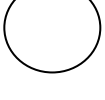

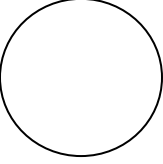
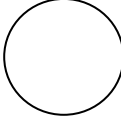
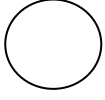

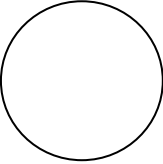
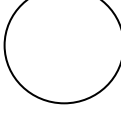
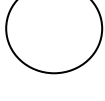

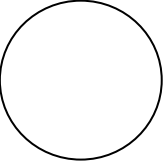
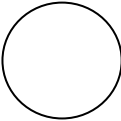
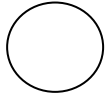

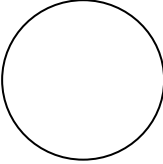
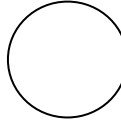
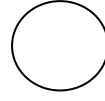

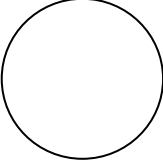
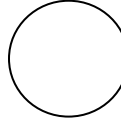
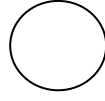

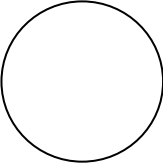
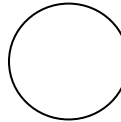
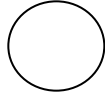

Instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes

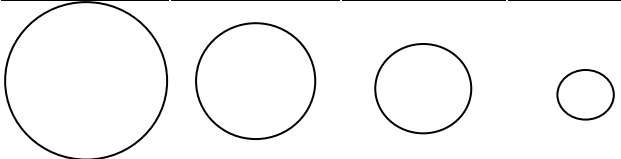
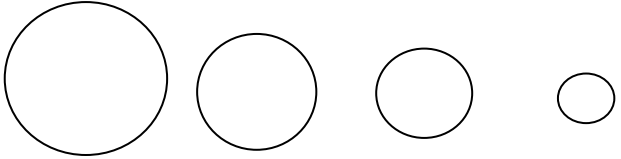
A continuación se presentan una serie de preguntas, para ello vamos a utilizar un formato de respuesta donde se encuentra 4 círculos que nos van a permitir conocer que tan capaz se siente de llevar a cabo una serie de acciones relacionadas con el tratamiento de su diabetes. Elija el círculo que mejor describa que tan capaz se siente de llevar a cabo la acción. El círculo más grande significa que usted se siente muy capaz, mientras que el círculo más pequeño indica que usted no se siente capaz. Los círculos de en medio le indican opciones intermedias, indicando que usted se siente más o menos capaz de hacerlo.

Por ejemplo, si usted se siente muy capaz de seguir su dieta cuando va a comer fuera de casa elegirá el círculo más grande, si usted no se siente capaz de seguir su dieta cuando va a comer fuera de casa elegirá el círculo más pequeño, mientras que si se siente más o menos capaz de realizar esa acción elegirá cualquiera de los dos círculos que se encuentran en medio. Si no tiene ninguna duda, le pido que conteste tan rápido como sea posible, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. Responda con sinceridad.

¿QUÉ TAN CAPAZ TE SIENTES PARA...

1	Seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes	Me siento muy capaz					No me siento capaz
2	Evitar los alimentos que no están dentro de su dieta	Me siento muy capaz					No me siento capaz
3	Seguir su dieta aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted	Me siento muy capaz					No me siento capaz
4	Seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida	Me siento muy capaz					No me siento capaz

5	Seguir su dieta aunque otras personas insistan en que coma otras cosas	Me siento muy capaz					No me siento capaz
6	Seguir su dieta cuando se siente preocupado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
7	Hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos	Me siento muy capaz					No me siento capaz
8	Hacer ejercicio cuando esta ocupado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
9	Hacer ejercicio cuando esta lloviendo o hace frio	Me siento muy capaz					No me siento capaz
10	Hacer ejercicio cuando se siente cansado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
11	Hacer ejercicio cuando se siente preocupado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
12	Tomar su pastilla(s) todos los días	Me siento muy capaz					No me siento capaz

13	Tomar su pastilla(a) a la hora indicada por el medico	Me siento muy capaz  No me siento capaz
14	Tomar su pastilla(s) cuando esta fuera de casa	Me siento muy capaz  No me siento capaz