

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Psicología Clínica

### El autoconcepto y adaptación a la enfermedad en personas diagnosticadas con diabetes en adultos en el centro médico Casa de la Diabetes

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

#### **Autores:**

Ana Isabel Torres Peña  
Fabián Esteban Murillo Galindo

#### **Directora:**

Mónica Elisa Aguilar Sizer  
ORCID: [0000-0001-9429-0982](https://orcid.org/0000-0001-9429-0982)

Cuenca, Ecuador

2023-03-01

### Resumen

La diabetes (DM) es una de las enfermedades con mayor crecimiento a nivel mundial, lo que resulta alarmante porque su afección en la calidad de vida que también acarrea consecuencias a nivel psicológico. La presente investigación tiene como objetivo describir las dimensiones del autoconcepto y la respuesta adaptativa a la enfermedad en adultos con diabetes que asisten al centro médico Casa de la Diabetes, por medio de la aplicación de instrumentos de evaluación, siendo el Autoconcepto forma 5 (AF5) y Cuestionario para evaluar el nivel de la respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes diabéticos (Cuestionario R-A). El estudio tiene un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de corte transversal y de alcance descriptivo, la población de estudio es de 120 personas con edades de 18 a 65 años diagnosticados con DM y se utilizó una muestra no probabilística, con una selección a conveniencia, correspondiente a 60 individuos. Los resultados indican que las personas poseen categorías de autoconcepto bajas en las dimensiones emocional y familiar, las dimensiones social y académico tienden al promedio y la dimensión física es alta. En cuanto a la respuesta adaptativa a la enfermedad los resultados indican que el 96,7% de la muestra no alcanza el grado de satisfacción y se encuentra que durante la adultez temprana a medida que aumenta la edad la respuesta adaptativa va en declive, debido al deterioro cognoscitivo.

*Palabras clave:* autoconcepto, adaptación a la enfermedad, diabetes mellitus

**Abstract:**

Diabetes (DM) is one of the fastest growing diseases worldwide, which is alarming because its condition on quality of life also has psychological consequences. The objective of this research is to describe the dimensions of self-concept and the adaptive response to the disease in adults with diabetes who attend the Casa de la Diabetes medical center, through the application of evaluation instruments, being Self-concept form 5 (AF5). and Questionnaire to assess the level of adaptive response to disease in diabetic patients (R-A Questionnaire). The study has a quantitative approach, with a non-experimental design, cross-sectional and descriptive in scope, the study population is 120 people aged 18 to 65 diagnosed with DM and a non-probabilistic sample was used, with a selection at convenience. , corresponding to 60 individuals. The results indicate that people have low self-concept categories in the emotional and family dimensions, the social and academic dimensions tend to be average, and the physical dimension is high. Regarding the adaptive response to the disease, the results indicate that 96.7% of the sample does not reach the degree of satisfaction and it is found that during early adulthood, as age increases, the adaptive response declines, due to the cognitive impairment.

*Keywords:* selfconcept, adaptation to disease, mellitus diabetes

## Índice

Resumen.....	2
Palabras Clave: .....	2
Abstract: .....	3
Key words:.....	3
Índice.....	4
Índice tablas .....	5
Índice gráficos .....	6
Agradecimiento .....	7
Fundamentación teórica .....	8
Proceso metodológico .....	15
Enfoque: .....	15
Población:.....	15
Criterios de inclusión:.....	16
Criterios de exclusión:.....	16
Operalización de las variables: .....	16
Métodos de recolección de la información: .....	16
Procesamiento y análisis de datos: .....	17
Instrumentos.....	17
Procedimiento de la investigación: .....	17
Consentimiento informado .....	18
Resultados .....	19
Conclusiones y Recomendaciones .....	26
Referencias .....	28
Anexos .....	31
Operalización de variables.....	31
Instrumentos de la aplicación: .....	40
Consentimiento Informado.....	48

## Índice tablas

Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20

## Índice gráficos

Gráfico 1.....	23
Gráfico 2.....	24
Gráfico 3.....	24

## Agradecimiento

No sentimos inmensamente agradecidos con nuestras familias y amigos por todo el apoyo que nos brindaron a lo largo de nuestra educación, sin ellos no habríamos alcanzado todos los objetivos propuestos y sobre todo ser las personas que somos por los valores que hemos adquirido aprendiendo de ellos.

### Fundamentación teórica

De acuerdo con la OMS (2022), el número de personas con diabetes mellitus (DM) ha incrementado de 108 millones a 422 millones en apenas 34 años. Esta condición implica un deterioro significativo de la calidad de vida del individuo, tanto a nivel físico, debido a la hiperglucemia e hipoglucemia que mal manejadas pueden desembocar en ceguera, amputaciones, daños permanentes en diversos órganos, coma diabético o hasta la muerte y, además, graves problemas a nivel de salud mental. De acuerdo con Jiménez y Dávila (2007), la DM predispone el desarrollo de desórdenes mentales como depresión, ansiedad y trastornos alimentarios, afectando negativamente el autoconcepto del individuo en varias de sus dimensiones.

La DM es contemplada por la OMS (2022), como una enfermedad metabólica generada por el aumento de azúcar en sangre o hiperglucemia, ocasionado por una deficiente secreción de insulina o por la resistencia a su acción, ya que esta hormona liberada por el páncreas es responsable de que la glucosa, que es transportada por medio del torrente sanguíneo, se introduzca en las células con la finalidad de obtener energía.

De acuerdo con Campos et al. (2016), la clasificación etiológica de la DM la separa en diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) y diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), sin embargo, en la categorización general otorgada por la OMS se menciona que entre los tipos más comunes se encuentra la diabetes gestacional. Según Campos et al. (2016), la DMT1 es más frecuente en la población menor de edad, esta implica una destrucción de las células del páncreas encargadas de la liberación de insulina en el torrente sanguíneo, lo que desemboca en una insulino-dependencia. Por otro lado, la DMT2 se manifiesta en personas con diferentes grados de resistencia a la insulina, también existe una deficiencia en la producción de esta hormona por parte del organismo. La diabetes gestacional se diagnostica durante el embarazo y de acuerdo con Vigil-De Gracia y Olmedo (2017), debido a que en la paciente embarazada existe menor sensibilidad a la insulina y en el hígado aumenta la producción de glucosa.

Finalmente, se encontró otros tipos de DM, de acuerdo con Campos et al. (2016), en función de su origen tenemos a endocrinopatías inducidas por drogas o químicos y fármacos, defectos genéticos en la función de la célula beta, síndromes genéticos algunas veces asociados a la DM, enfermedad del páncreas exocrina y formas poco comunes de diabetes mediadas inmunológicamente.

En la actualidad, no existe cura para la DM, pero se puede mejorar la calidad de vida mediante insulino-terapia, medicación y psicoterapia, sin embargo, otros factores que sostienen el tratamiento de la diabetes son la adquisición de hábitos alimenticios saludables y adecuados e incrementar la actividad física.



# UCUENCA

Durante el tratamiento en sus fases iniciales, es importante que estén dirigidas al desarrollo y obtención de un buen nivel de educación psicoeducación, que ofrezca al paciente la información necesaria para poder tener buen control metabólico de la DM, mediante la prevención de complicaciones agudas o crónicas en el marco de los mejores estándares de calidad de vida posibles ante la situación a la que ha empujado la enfermedad (Campos et al., 2016).

Las investigaciones en relación con la calidad de vida en adultos con DM y la población en general, denotan que en su mayoría reportan frecuentemente un empeoramiento en la calidad de vida (Rubin, 2000).

En razón a lo fundamentado se evidencia que enfermedades de condición de vida como la DMT1 afecta al área biopsicosocial de la persona, siendo la esfera psicológica un área importante de salud del individuo que se afecta. Se resalta que, así como las condiciones que genera la enfermedad afectan tanto al plano psicológico como al plano físico. Es decir, la enfermedad puede desencadenar diferentes afecciones mentales, que a su vez se verá incapaz de manejar adecuadamente la enfermedad, en consecuencia, ésta terminará por agravarse.

Por tal motivo, la manera de comunicar el diagnóstico inicial de DM debe ser asertiva, puesto que tendrá un impacto significativo en la vida de la persona dando realce al área emocional. Dicho impacto estará mediado por diversos factores tales como: la personalidad del paciente, historia familiar, contexto actual, sistema de creencias y la información que se posea sobre la enfermedad. De acuerdo con Dávila y Jiménez (2007), el tipo de DM diagnosticado es otra variable a considerar debido que DMT1 posee un impacto mayor que DMT2 fruto de la severidad de los síntomas y por consecuencia de lo invasivo que resulta el tratamiento.

Para Jiménez y Dávila (2007), si se comunica de manera correcta se podrá disminuir el riesgo de que el paciente ponga en marcha mecanismos de defensa como la negación o la minimización que impiden percibir correctamente la severidad del diagnóstico y por efecto perjudican la adhesión al tratamiento y adaptación a la enfermedad. Por otro lado, de acuerdo con Jiménez y Dávila (2007), el estrés psicosocial en el que se ve sumergida la persona impide que se pongan en marcha una serie de funciones cognitivas superiores implicadas en el aprendizaje tales como atención y memoria. Si el proceso de aprendizaje está alterado, no se podrá llevar a cabo una educación global con el propósito de manejar adecuadamente la condición. Las investigaciones que comparan la calidad de vida alcanzada por adultos con DM y la población en general, en su mayoría denotan que adultos con esta enfermedad crónica reportan frecuentemente una peor calidad de vida (Rubin, 2000). Por otra parte, se ha identificado que una buena calidad de vida en esta población está estrechamente ligada

con mayor apoyo social, actividad física, adecuada autoeficacia y ausencia de complicaciones de salud y trastornos psiquiátricos (Delamater, 2000).

Ahora bien, durante el desarrollo de la enfermedad se generan diversos factores que de acuerdo con Jiménez y Dávila (2007), podrían tener un impacto psicológico capaz de deteriorar la calidad de vida de los pacientes con DM. Estos según Rubin (2000), son: la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las tareas de autocuidado en la vida cotidiana y el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional.

La DM representa un estresor psicosocial que puede desembocar en depresión o “quemazón” que es la resistencia que experimentan los pacientes al sentirse abrumados o sobrecargados, induciéndoles no tener un adecuado autocuidado sobre sí mismos y perder el control de su enfermedad. Todo esto tiene su explicación en la falta de motivación que se denota en los pacientes de continuar con su tratamiento y al sentir perder el control de su vida (Jiménez y Dávila, 2007).

Según Jiménez y Dávila (2007), algunas de las características más comunes de “quemazón” en un paciente con DM son: preocuparse de que no guarde cuidado óptimo, dejar de realizar aspectos de autocuidado (ej. se monitorea menos, no asiste a citas regulares con el médico, descuida la dieta), sentir enojo y frustración hacia la DM, con el pensamiento que la DM está controlando su vida y decirse a sí mismo/a que el manejo de la enfermedad no es tan importante o que no va significar diferencia alguna para el futuro.

Según Jiménez y Dávila (2007), una persona diagnosticada con DM pasa por un proceso de ajuste que genera ira, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida que desemboca en una actitud de descuido. Esta situación implica que la diabetes se descontrola, con los niveles de glucosa elevados y bajos, no es de extrañar la aparición de respuestas psicológicas negativas que exacerban la enfermedad.

De acuerdo con Jiménez y Dávila (2007), una de cada tres personas con un desorden mental desconoce que lo tiene, y al no recibir tratamiento su calidad de vida se deteriora significativamente. Es importante considerar que las personas con DM disponen de una mayor cantidad de medios para cometer suicidio, tales como inyectarse una sobredosis de insulina para provocarse una hipoglucemia. Entre los trastornos más comunes presentados en el desarrollo de la enfermedad se encuentran: la depresión, que según Jiménez y Dávila (2007), es el trastorno que mayor comorbilidad presenta con la DM (2 veces más presente que en personas sin DM), la ansiedad produce que el nivel de glucosa en sangre se vea afectado y los trastornos alimenticios debido a los cuidados que consideran que deberían llevar los conducen a régimen alimenticios poco saludables.

# UCUENCA

Según Rodríguez et al. (2015), el mal control del azúcar en la sangre en personas con DM puede ocurrir por una variedad de razones, que incluyen factores médicos, opciones de tratamiento, estilo de vida, factores personales, familiares y habilidades de cuidado personal. Otros factores inducidos por el paciente, como la adherencia al tratamiento a la enfermedad a largo plazo, dependen de estados emocionales como la depresión, el estrés, los estilos de afrontamiento y los asociados con el duelo.

Para la comprensión de la importancia del autoconcepto en personas con DM y la evolución de la enfermedad, se debe conocer primeramente a que hace referencia este constructo de la psicología. Roy (2009), la define como una necesidad profunda del individuo, la integridad física, o la necesidad de ser consciente de quién es uno, para ser o existir con un significado de unidad, por lo que el *autoconcepto* de acuerdo con Caldera et al. (2018), puede contemplarse como un constructo referente al conocimiento que el individuo tiende a percibir de sí mismo con base en criterios como su aspecto físico, estilos cognitivos y conducta interpersonal. La manera en que califica estos aspectos está en consonancia con un sistema de valores que ha adquirido con base en experiencias ligadas a su relación con el entorno.

Es importante subrayar el carácter multidimensional y jerárquico del autoconcepto, ya que esta aproximación, en contraste con la unidimensional (que hace referencia a aspectos más globales), en la actualidad es la que mayor apoyo empírico ha recibido. Bajo esta línea se ha tornado fundamental hablar sobre el modelo jerárquico y multifacético de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), en el que se apoya esta investigación debido a que es la base y sustento teórico sobre el que se elaboró el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5), que contempla 5 dimensiones (social, académico/profesional, emocional, familiar y físico) y será utilizado para medir el autoconcepto de los pacientes que asisten a la Casa de la Diabetes. Este modelo, según García y Musitu (2001), contempla el autoconcepto como la percepción que un individuo posee de sí mismo basado en las experiencias con los demás y las atribuciones sobre su propia conducta al dividir al autoconcepto en académico y no académico y englobar en este último aspectos emocionales, sociales y físicos. Este enfoque considera que se pueden describir siete características básicas para el constructo del autoconcepto:

- Organizado: es la capacidad de la persona de organizar sus propias experiencias y revestirlas de significados.
- Multifacético: considera ámbitos diversos de la vida de la persona como el aspecto físico, o las habilidades sociales.
- Estructura jerárquica: de acuerdo a la edad y valores de cada persona las diversas dimensiones poseen distinto valor o importancia.

# UCUENCA

- Autoconcepto global relativamente estable: la jerarquía de las dimensiones determina su estabilidad. Las que poseen una mayor posición poseen mayor estabilidad y las inferiores son más variables.
- Experiencial: se desarrolla a lo largo del ciclo vital.
- Evaluativo: son las experiencias del individuo dentro de un contexto cultural determinado por lo cual varía en significado e importancia.
- Diferenciable: El constructor de autoconcepto se diferencia de otros constructos, como por ejemplo *autocontrol* o *habilidades sociales*, a pesar de que guarda relación teórica con ellos.

El autoconcepto de una persona puede verse afectado debido a la presencia y gravedad de la DM. De acuerdo con Bilbao-Cercós et al. (2014), la enfermedad afecta negativamente diferentes aspectos de la vida de una persona, como son el físico, social, emocional etc. Aspectos que son igualmente relevantes dentro del autoconcepto de una persona. Según Vázquez (2008), el autoconcepto bajo o no saludable es un factor de riesgo considerable para el deterioro de la calidad de vida, mientras que, un autoconcepto alto o saludable es un gran factor de protección para sobrellevar las contrariedades que implica padecer DM.

De acuerdo a Portilla (1995), la respuesta adaptativa a la enfermedad hace referencia al estado emocional, grado de adecuación psicosocial de la conducta y valoración del paciente con relación a su enfermedad. Los factores que se incluyen en dicha respuesta son la confianza en el médico, valoración de la severidad de la enfermedad, barreras para el cumplimiento del tratamiento, conducta de salud, molestias asociadas con la enfermedad y repercusión psicológica.

A continuación, se establece que las cinco dimensiones del autoconcepto de acuerdo con García y Musitu (2001), son:

- Autoconcepto académico/laboral: Referente a la percepción que la persona posee de la calidad del desempeño de su papel en diferentes contextos de trabajo. La dimensión contempla dos ejes: el primero se refiere al sentir que experimenta el trabajador o estudiante acerca del desempeño de su rol desde sus profesores o superiores y, el segundo se refiere a cualidades valoradas en ese contexto.
- Autoconcepto social: Referente a la percepción que posee la persona en torno a su desempeño en interacciones sociales. Gira en torno a dos ejes, el primero implica la red social de la persona y a su facilidad o dificultad para ampliarla o mantenerla; el segundo eje, se refiere a cualidades importantes en las relaciones interpersonales.
- Autoconcepto emocional: Este factor se refiere a la percepción de un individuo sobre su estado emocional y de sus respuestas a situaciones concretas con implicación en

# UCUENCA

su vida cotidiana. El autoconcepto emocional posee dos ejes, el primero hace referencia a la percepción general del estado emocional y el otro a condiciones más específicas donde la otra persona involucrada es de rango superior.

- Autoconcepto familiar: Es la percepción que posee una persona de su integración, implicación y participación en el entorno familiar. Se articula en torno a dos ejes, el primero alude específicamente a los padres y el segundo eje hace referencia a la familia y al hogar.
- Autoconcepto físico: Referente a la percepción que posee un sujeto de su condición y aspecto físico. El primero de sus ejes se refiere a la práctica deportiva en su vertiente social y el segundo al aspecto físico.

Bilbao et al. (2014), en su investigación obtuvieron que los resultados en la dimensión física son bajos, mientras que la dimensión familiar se hallaba en el promedio y según Domínguez (2013), una mejor adaptación a la enfermedad se conecta directamente con las relaciones inter e intrapersonales del individuo, lo que es apoyado por López y Ávalos (2013). La dimensión académica/laboral se encontró en nivel promedio, resultado similar al de Potrilla (2011). La dimensión social alcanzó la categoría promedio y finalmente la dimensión emocional no constaba en esa investigación, no obstante, Beléndez et al. (2015), contempla que los pacientes con DM experimentan altos niveles de estrés y angustia asociados a la enfermedad lo que afecta directamente la dimensión emocional.

De acuerdo con Bilbao y Cercós et al. (2014), para poder disponer de un adecuado estilo de vida, así como de una buena adaptación psicológica y social es crucial una buena respuesta adaptativa a la enfermedad. Aquella respuesta conduce a una buena adhesión al tratamiento y como consecuencia, a un buen control metabólico. No obstante, en un estudio elaborado por Pérez (2004), con personas entre 60 a 75 años, halló que nadie alcanzaba la categoría de respuesta adaptativa satisfactoria, por otro lado, Betancourt et al. (2020), en un estudio con pacientes con DM mayores de 19 años determinó que apenas el 7.5% de los pacientes se adaptan satisfactoriamente a las limitaciones de su enfermedad.

Según Bilbao y Cercós et al. (2014), el grado de responsabilidad que los pacientes desarrollen respecto al manejo de su enfermedad y el dominio de la variedad de destrezas que aquello implica se encuentra influido por el grado en que estos se ajustan al proceso de enfermedad. Para esto, primero se debe considerar como respuesta adaptativa al “grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente en relación a la misma” (Bilbao y Cercós et al., 2014, p.58). De acuerdo con Portilla del Cañal y Jo (1995), en el caso de la DM, la persona que padece esta condición manifiesta una inadaptación psicológica y social ante el reajuste en su estilo de vida, que puede incidir de forma contraproducente en la adhesión al tratamiento y, como consecuencia, en el control metabólico. Según Bilbao y

# UCUENCA

Cercós et al (2014), una gran cantidad de individuos, lamentablemente, son incapaces de adaptarse al padecimiento que implica las enfermedades crónicas. “La acomodación exitosa requiere que el paciente sea capaz de llevar adelante los elementos relacionados con su enfermedad de manera adaptativa” (Bilbao y Cercós et al., 2014, p.58).

De acuerdo con Heydari et al. (2011), una persona emplea procesos cognitivos conscientes e inconscientes para evaluar diversas experiencias o situaciones con el propósito de etiquetarlas, definir las y así iniciar conductas para responder a ellas. Papalia (2017). Pérez (2010), afirman que en la adultez media inicia el declive a nivel cognitivo del estado intelectual o cognoscitivo, así que los decrementos relativos en la ejecución de tareas intelectuales pueden afectar la orientación, la memoria, el pensamiento, el lenguaje y otras funciones estrechamente ligadas al proceso de adaptación a la enfermedad, de la misma manera a nivel sensorial y físico. Reconociendo esto, el autoconcepto influye en aquella evaluación e interpretación de la percepción de los estímulos, pudiendo catalogarlos como una amenaza o un desafío.

En el momento que determinada situación se percibe como una amenaza se genera ansiedad; la persona intenta aliviarla redefiniendo la situación, a través de mecanismos como negación o evitación. Por otra parte, cuando el individuo percibe algo como un desafío, se evoca una respuesta conductual de carácter positivo con el fin de resolver el problema o manejar la situación. Los pacientes con DM pueden percibir su régimen terapéutico prescrito como una amenaza que puede dar lugar a conductas de evitación y falta de cumplimiento del régimen y los pacientes perciben su régimen terapéutico como un desafío, por lo que se inicia un proceso de resolución de problemas para adherirse al régimen prescrito.

De acuerdo con Heydari et al. (2011), la relación entre el autoconcepto y la adherencia a los regímenes terapéuticos en pacientes con insuficiencia cardíaca muestran que una amenaza a los componentes del autoconcepto tiene una relación inversa con la adherencia al régimen. Gracias a esta investigación se puede disponer de datos más exactos de cómo los pacientes diagnosticados con DM que asisten al centro médico Casa de la Diabetes, han experimentado la adaptación a la enfermedad, de la misma manera describir el autoconcepto que se ha generado a raíz del diagnóstico emitido por el profesional en el área (endocrinólogo). Con los datos obtenidos se puede describir, de manera más precisa la influencia que ostenta el autoconcepto en la adherencia al tratamiento de DM, por lo que se puede prever el posible progreso de la enfermedad y complicaciones crónicas posteriores y, por tanto, poner en marcha mejores programas de prevención, atención y promoción terciaria de la salud que resulta en una mejor adherencia al tratamiento y prevención de un mal manejo de la

# UCUENCA

enfermedad, conjuntamente con el apoyo psicológico que se debe brindar por el impacto que genera en la vida de la persona el tener una enfermedad crónica como condición de vida.

Por tal motivo, se ha considerado la importancia que representa la dimensión psicológica en las personas diagnosticadas con enfermedades crónicas en general y con DM en particular, por lo cual se plantea el presente estudio siendo el objetivo general describir las dimensiones del autoconcepto y la respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes diagnosticados con DM en el centro médico Casa de la Diabetes y con los objetivos específicos que son determinar los niveles de autoconcepto en los pacientes adultos diagnosticados con DM en la Casa de la Diabetes e identificar el nivel de adaptación a la enfermedad en pacientes adultos diagnosticados con DM en la Casa de la Diabetes.

También se encuentran las preguntas que guían la investigación ¿Cuáles son los niveles de autoconcepto en pacientes diagnosticados con diabetes en el centro médico Casa de la Diabetes? y ¿Qué nivel de adaptación de la enfermedad se observa en pacientes diagnosticados con diabetes en el centro médico Casa de la Diabetes?

## **Proceso metodológico**

### **Enfoque:**

La investigación posee un alcance descriptivo, se enmarca dentro de un diseño no experimental de tipo transversal, ya que se buscó identificar características de la población que se estudió en el marco de un tiempo específico.

### **Población:**

La investigación se realizó con una población de 120 adultos que asisten al centro médico Casa de la Diabetes de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador. La muestra es no probabilística, con una selección a conveniencia, correspondiente a 60 individuos con edades entre 18 y 65 años, con una media de 44,03, debido a que son los pacientes que asisten con más regularidad a los controles médicos, en el centro de atención Casa de la Diabetes y es por esta razón se goza de mayor contacto con dichas personas.

Se decidió por una muestra no probabilística, con una selección a conveniencia, correspondiente a 60 individuos como total de la muestra, debido a que son los pacientes que asisten con más regularidad a los controles médicos, en el centro de atención Casa de la Diabetes y es por esta razón se goza de mayor contacto con dichas personas.



**Criterios de inclusión:**

- Hombres y mujeres que padecen diabetes mellitus sin importar el tipo de diabetes.
- Adultos, que comprenden una edad entre 18 a 65 años.
- Haber leído y firmado el consentimiento informado.
- Adultos que estén estudiando o trabajando.

**Criterios de exclusión:**

- Participantes en edad adulta que padecen algún grado de discapacidad intelectual.
- Personas que no deseen participar del estudio.

**Operalización de las variables:**

Los instrumentos que se utilizaron para el trabajo investigativo fueron: Ficha sociodemográfica. Se creó una ficha sociodemográfica para visualizar las categorías: edad, sexo, tipo de familia, situación laboral, estado de pareja y duración de la relación sentimental (Anexo A).

**Métodos de recolección de la información:**

Se tomó en consideración los datos sociodemográficos que nos permitieron delimitar el estudio, se realizó la toma de datos por medio de los instrumentos de evaluación tanto para el autoconcepto como la adaptación a la enfermedad. Estos se aplicaron de manera presencial en el centro médico Casa de la Diabetes durante tres semanas.

Para la variable de adaptación a la enfermedad se empleó el Cuestionario para evaluar el nivel de la respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes con diabetes (Cuestionario R-A), elaborado por Lilia Portilla del Cañal y Armando Seuc Jo. De acuerdo con Portilla y Seuc (1995) el objetivo del instrumento es evaluar los elementos que intervienen en la respuesta psicológica y social a la enfermedad en pacientes diagnosticados con diabetes. Contempla 5 dimensiones o factores (valoración de la severidad de la enfermedad, barreras para el cumplimiento del tratamiento, conducta de salud, molestias asociadas a la enfermedad, repercusión psicológica) que se miden a través de 32 ítems. Se valora por medio de una escala ordinaria en la que las opciones de cada ítem poseen un valor que puede ir de 0 a 4, que considera el peso relativo de cada uno de los factores en el valor total. Este cuestionario está destinado para personas diagnosticadas con DM que tienen entre los 18 a 65 años de edad. El instrumento consta de dos puntos de corte, el primero en 40, lo significa que todas las personas que estén por debajo o igual a aquel valor poseen una deficiente adaptación a la enfermedad, y el segundo en 68, por lo que todas las personas por encima o igual a aquel valor poseen



# UCUENCA

un grado de adaptación a la enfermedad satisfactorio. Los valores entre 40 y 68 corresponden a “mejorable”.

Para la variable de autoconcepto, se utilizó el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5), elaborado y tipificado por Fernando García y Gonzalo Musitu en 2001. El instrumento puede ser administrado tanto de manera individual como colectiva y evalúa el autoconcepto de individuos a través de las 5 dimensiones que contempla este constructo (laboral, social, emocional, familiar y físico) desde el modelo multidimensional del autoconcepto, para esta finalidad consta de 30 reactivos. Se valora por medio de una escala ordinaria, este cuestionario está destinado para niños, niñas, adolescentes y adultos que trabajan, estudian o trabajan y estudian. Valores de 0 a 35 corresponden a la categoría “Bajo”, de 36 a 45 a “Tendencia Promedio”, de 46 a 55 a “Promedio”, de 56 a 65 a “Tendencia Alto”, de 66 a 80 a “Alto” y más de 81 a “Muy Alto”. (Anexo B)

## **Procesamiento y análisis de datos:**

Se realizó un análisis estadístico de los datos con los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados. El cual se efectuó por medio de estadísticos descriptivos a través del software IBM SPSS para Windows. El mecanismo a utilizar fue en el siguiente orden, tras obtener los valores directos se codificó por dimensiones (en caso del primer test) para después digitalizar manualmente los resultados obtenidos. Se obtuvieron la media, desviación estándar y porcentajes, de tal forma que con los resultados obtenidos se pudo conocer qué niveles de autoconcepto predominan en las personas diagnosticadas con diabetes en el centro médico y, de igual manera, conocer el nivel de adaptación a la enfermedad en dichos individuos.

## **Instrumentos**

Anexo B.

## **Procedimiento de la investigación:**

En primer lugar, se tuvo un encuentro con la directora del centro médico Casa de la Diabetes. Se realizó el debido proceso con las autoridades del centro médico, a través de una solicitud para la autorización de la realización del estudio. Posteriormente se establecieron fechas para realizar la aplicación y obtención de información a los pacientes de la fundación por medio de grupos de aplicación, entregando el consentimiento informado para que los pacientes puedan conocer la finalidad del estudio, a continuación, se aplicaron los dos

instrumentos de manera consecutiva para mantener el orden de correspondencia y codificación.

## **Consentimiento informado**

Anexo C.

## Resultados

La investigación se realizó con 60 pacientes adultos entre los 18 años y 65 años que presentan un diagnóstico de diabetes mellitus y que asisten al centro médico Casa de la Diabetes, de los cuáles la mayoría de los evaluados son de sexo femenino, con una media de 44,03 y una desviación estándar de 17.254. En la tabla 1 se puede observar las características de dicha muestra.

**Tabla 1.**

*Características de la muestra*

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	18	30
	Femenino	42	70
	Total	60	100
<b>Etapas de vida</b>	Adulthood temprana	28	46,7
	Adulthood media	32	53,3
	Total	60	100
<b>Residencia</b>	Azogues	2	3,3
	Balzar	4	6,7
	Cuenca	45	75
	Loja	4	6,7
	Machala	3	5
	Portoviejo	2	3,3
	Total	60	100

De aquella muestra se obtuvieron las 5 dimensiones del autoconcepto que menciona el instrumento considerado para la evaluación. En todas las dimensiones tanto hombres como

mujeres alcanzan la misma categoría. Las dimensiones familiar y emocional se encuentran en la categoría más baja, la dimensión social tiene una tendencia hacia el promedio, la dimensión académica/laboral entra en el promedio estandarizado dentro del instrumento y finalmente, la dimensión física se presenta en niveles altos. En la tabla 2 se pueden observar la descripción de cada una de las dimensiones mencionadas.

**Tabla 2**

*Dimensiones del autoconcepto*

Dimensión	Sexo	
	Masculino	Femenino
	Descripción	Descripción
Académico/Laboral	Promedio	Promedio
Social	Tendencia Promedio	Tendencia Promedio
Emocional	Bajo	Bajo
Familiar	Bajo	Bajo
Físico	Alto	Alto

En relación con el cuadro anteriormente colocado se puede identificar las diferentes dimensiones del instrumento utilizado para autoconcepto, en donde se refleja que en la dimensión académica/laboral en los dos sexos se encuentran en promedio según los estándares que el mismo test brinda, de la misma manera de acuerdo con Portilla (2011), menciona que las personas con DM del estudio ostentan una percepción de los cambios o repercusiones en su ambiente académico o de trabajo no son tan negativas y, por tanto, no se sientan tan limitados en dichas actividades.

En segunda instancia encontramos la dimensión social los resultados obtenidos están dirigidos a una tendencia promedio en ambos sexos, y según los estudios previos se puede afirmar este resultado, ya que de acuerdo con López y Ávalos (2013), por lo general se aprecia un deterioro en la dimensión social en los pacientes con DM. Situaciones como

# UCUENCA

guardar hábitos de alimentación distintos conduce a las personas con esta enfermedad a renunciar a ciertas actividades tales como asistir a reuniones o incluso, otras personas dejan de invitarlos. Sin embargo, en el presente estudio puede explicarse por las posibles relaciones interpersonales y la red social que puedan tener estos pacientes dentro de la Casa de la Diabetes a través de los clubes y grupos de apoyo que ofrece la institución.

En la tercera dimensión se visualiza la dimensión emocional, la misma que nos indica estar en un resultado bajo en los dos sexos, tanto en hombres como mujeres, por lo que según los diversos estudios encontrados se puede identificar que no son resultados distintos a los ya hallados, como lo indica Beléndez et al. (2015), contempla que los pacientes con DM experimentan altos niveles de estrés y angustia asociado a la enfermedad lo que afecta directamente la dimensión emocional, de igual manera, el impacto psicosocial de la DM alcanza también a los familiares, los cuales sufren niveles elevados de estrés. De acuerdo con Jiménez y Dávila (2007), la DM puede representar un factor de estrés psicosocial a tener en consideración, que predispone a las personas con esta condición a presentar desórdenes mentales, como ansiedad o depresión.

Como cuarto punto se indica la dimensión familiar, la misma que se puede observar que en ambos sexos denotan estar en un estándar bajo, esto se puede explicar con estudios previos como son de López y Ávalos (2013), que menciona que la familia comparte la experiencia de una enfermedad de condición crónica, la cual es fuente de conflictos por generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre, lo que podría explicar que tanto la dimensión emocional y familiar se encuentren en una categoría baja. Según Amaral (1997), las interacciones familiares influyen en el correcto curso del tratamiento; en este caso la falta de organización e integración en el ambiente familiar y un inadecuado apoyo por parte de este, están asociados a un mal seguimiento del tratamiento e insatisfacción.

De acuerdo con Domínguez (2013), a pesar de que la enfermedad y su correspondiente tratamiento poseen un impacto profundo sobre el individuo, son los cambios experimentados en las esferas psíquica y emocional y su expresión en las relaciones interpersonales, la razón de las preocupaciones y la insatisfacción en pacientes con DM. Lo que ayuda a comprender que dimensiones como la académica/laboral y la física se encuentren en las categorías promedio y alto respectivamente a diferencia de las otras tres.

Para la dimensión física que es la última en abordarse dentro del cuadro se observa que el resultado obtenido es alto, por lo que ha mostrado realce entre las cinco dimensiones, de acuerdo a Portilla (2011), los pacientes tienen una percepción saludable de sí mismos, es decir se sienten con energía para realizar sus diversas actividades, por lo que se consideran físicamente funcionales y físicamente atractivos. La explicación de esto es que dentro de la

fundación de la Casa de la Diabetes se da gran importancia al aspecto del autocuidado en los talleres que se imparten.

El aspecto del cuidado físico se considera vital para poder tener controlada la DM. Similar a lo que sucede con la dimensión social, los clubes aparte de fomentar redes de apoyo sirven para que las personas se impliquen y se sientan útiles. Son los propios pacientes los que organizan charlas o enseñan diferentes actividades como costura, origami o cocina, lo que les sirve para sentirse funcionales y con un repertorio de diferentes capacidades. Además, que los pacientes participen cada año de la carrera 5K organizada por la fundación, permitiéndoles mejorar su salud física y reforzando su concepto físico. De acuerdo con Ramírez et al. (2004) los programas de actividad física están relacionados con incrementos significativos en el autoconcepto sobre todo en personas que lo tienen bajo, sin embargo, estos aumentos no se asocian a mejoras en el estado de ánimo.

Finalmente hay que considerar que de acuerdo al estudio de Domínguez (2013), menciona que a pesar de que la enfermedad y su correspondiente tratamiento poseen un impacto profundo sobre el individuo, son los cambios experimentados en las esferas psíquica y emocional y su expresión en las relaciones interpersonales, la razón de las preocupaciones y la insatisfacción en pacientes con DM. Lo que ayuda a comprender que dimensiones como la académica/laboral y la física se encuentren en las categorías promedio y alto respectivamente a diferencia de las otras tres.

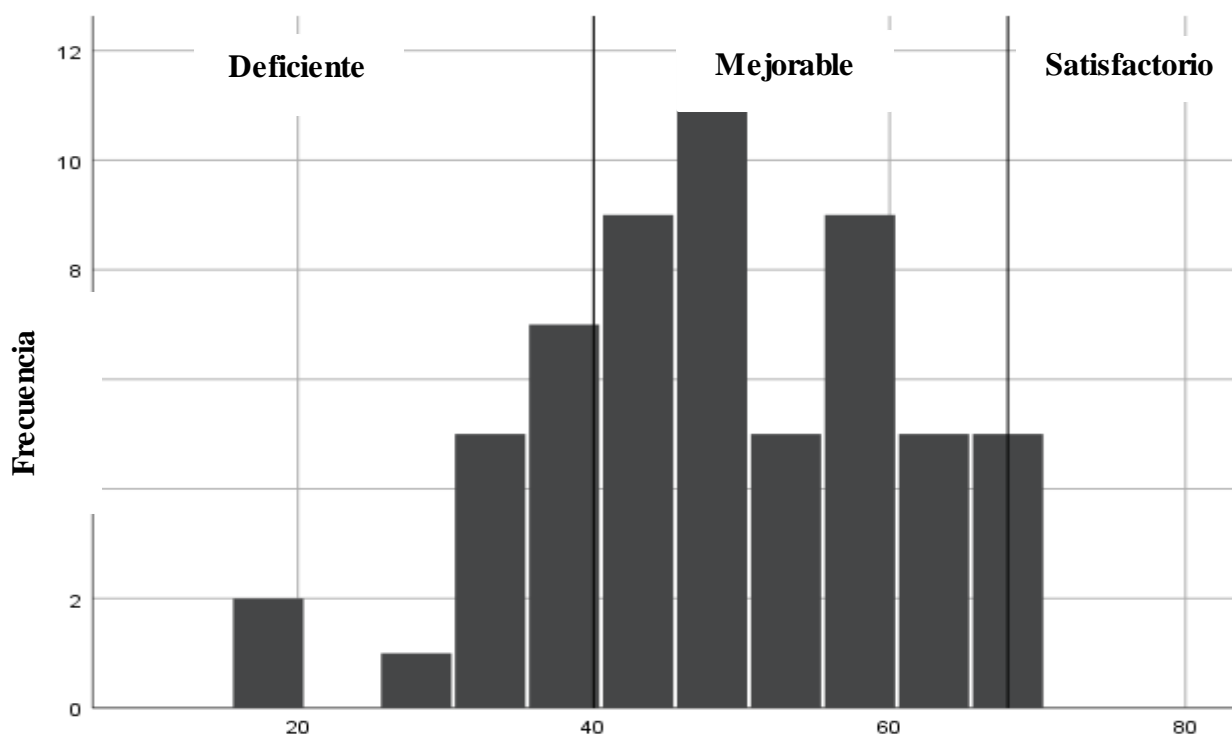
Simultáneamente, en relación a los resultados obtenidos en el autoconcepto se compaginan con otras investigaciones. De acuerdo con Bilbao et al. (2014), en un estudio realizado con personas jóvenes con DM, en lo relativo a la dimensión física el autoconcepto era bajo a diferencia del obtenido en el presente trabajo, (en el que esta dimensión representa el único superior al promedio) mientras que la dimensión familiar se hallaba en el promedio. Por otra parte, la dimensión intelectual, que es equiparable a la dimensión académica/laboral, si corresponde a los resultados obtenidos ahora. Igualmente, la dimensión social alcanzó la categoría promedio, no muy lejano a la tendencia promedio obtenida en este estudio. No obstante, dentro de los hallazgos de Bilbao et al. (2014) la dimensión emocional no constaba en dicha investigación.

Por lo que es indispensable dar realce al trabajo realizado por el centro médico Casa de la Diabetes, debido a que esta se encarga de psicoeducar a la mayoría de sus pacientes en las diversas ciudades en las que se encuentran sus sedes. En los programas de educación se plantea que tanto la persona diagnosticada con DM como sus familiares conozcan de los cuidados pertinentes de la condición, y de esta manera no excluir al paciente de su entorno social. Este tipo de actividad educativa siempre se acompaña de material visual, dinámicas de retroalimentación, espacios de preguntas y resolución de dudas, pero sobre todo se les

entrega material informativo, en donde se realiza énfasis en el autocuidado, en la autoestima, autoconcepto y autovaloración, y es por este motivo que se ha considerado la posibilidad de que los pacientes que son pertenecientes al centro médico presenten niveles altos en la dimensión de autoconcepto físico.

A continuación, se presenta el gráfico 1 se encuentra la respuesta adaptativa valorada de las personas con DM a su enfermedad, el gráfico 1 refleja la distribución de la muestra por medio de dos líneas de referencia. La primera en 40, por lo que todas las personas que estén por debajo o igual a aquel valor poseen una deficiente adaptación a la enfermedad, y la segunda línea de referencia es 68, por lo que todas las personas por encima o igual a aquel valor poseen un grado de adaptación a la enfermedad satisfactorio.

Se evidencia que el 71,7% está entre 41 y 67 lo que significa un grado de adaptación a la enfermedad “Mejorable”, aunque con mayor tendencia hacia la deficiencia. El 25% de la muestra entra en el nivel de “Deficiente”, y apenas el 3,3% alcanza el nivel de “Satisfactorio”. El valor mínimo obtenido es 18, el máximo es 69, con una media de 48,22 y existe una desviación estándar de 11,851.



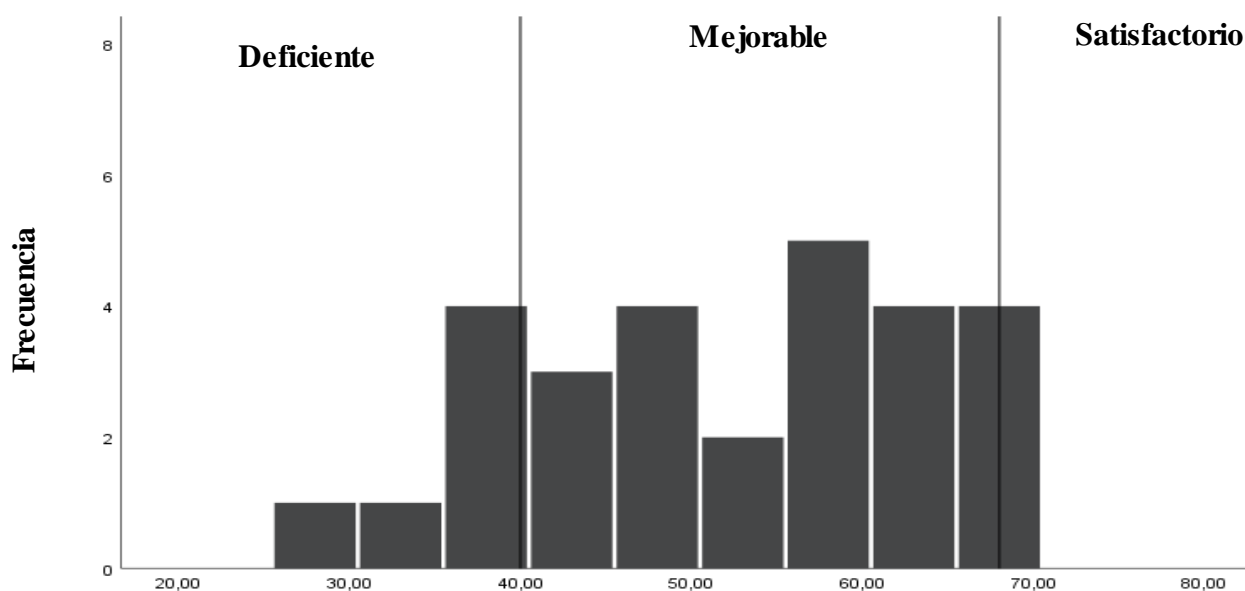
**Gráfico 1** Respuesta Adaptativa

### *Respuesta adaptativa*

La tendencia comparte similitudes a lo encontrado por otros estudios. Betancourt et al. (2020), en un estudio realizado en Ecuador con pacientes con DM mayores de 19 años determinó que el 92.5% de los pacientes se adaptan, medio, poco o nada a las limitaciones de su

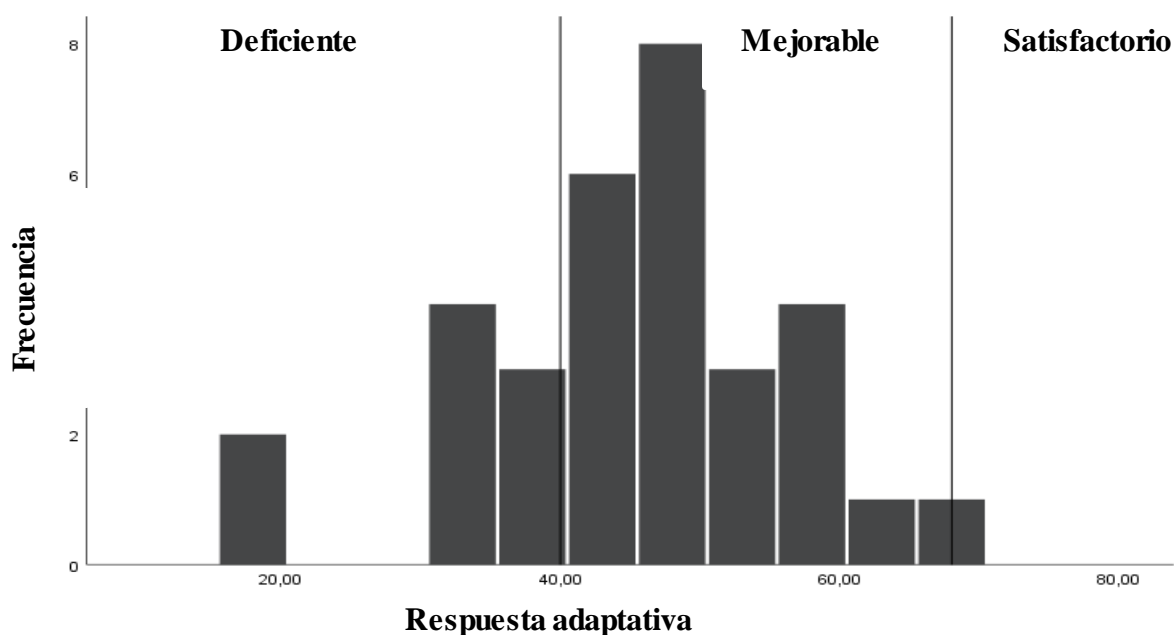
# UCUENCA

enfermedad. Pérez (2004), en una investigación realizada en Cuba a personas entre 60 a 75 años halló que la anotación mayor no alcanza la categoría de respuesta adaptativa satisfactoria (de 68 a 80 puntos). El 32,31 % de los pacientes exhibía una respuesta mejorable, y, en tanto, el 67,69 % de los pacientes denotaban una respuesta adaptativa deficiente a la enfermedad.



**Gráfico 2**

*Respuesta adaptativa adultez temprana*





**Gráfico 3***Respuesta adaptativa adultez media*

Importante mencionar que la media entre los adultos tempranos es de 52, mientras que en los que se encuentran en la adultez media poseen una media de 45, resaltando, igualmente, que todos los que alcanzan el grado de satisfacción pertenecen a la adultez temprana. De acuerdo con Pérez (2010), esto podría explicarse porque a medida que se avanza en edad la respuesta adaptativa, que implica el grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente en relación con su enfermedad, tiende a declinar. Según Papalia (2017), en la adultez media comienzan a disminuir las capacidades de las personas a nivel cognitivo y existe un declive a nivel sensorial y físico. Para Pérez (2010), el declive o deterioro del estado intelectual o cognoscitivo se refiere a los decrementos relativos en las ejecuciones ante tareas intelectuales y que puede afectar la orientación, la memoria, el pensamiento, el lenguaje y otras funciones estrechamente ligadas al proceso de adaptación a la enfermedad.

No obstante, de acuerdo con Bilbao-Cercós et al. (2014), en una investigación realizada en España con pacientes de 8 a 16 años diagnosticados con DM, sólo el 8.7% de la muestra manifestó una buena respuesta adaptativa, es decir, pacientes jóvenes también presentan una respuesta adaptativa insatisfactoria. Esto conduce a considerar que en general la respuesta adaptativa a la enfermedad es deficiente entre pacientes con DM de todas las edades, pero existe una tendencia notoriamente marcada entre la población de mayor edad a una deficiente respuesta adaptativa a la enfermedad.

## Conclusiones y Recomendaciones

El estudio cumplió con los objetivos planteados, donde se describió los niveles de autoconcepto en pacientes con DM, obteniendo que existe una tendencia similar entre ambos géneros; respecto a la dimensión física, esta es la única cuyo resultado es alto, lo que implica que los pacientes suelen percibir de manera positiva su condición y aspecto físico, empero estos resultados difieren de investigaciones previas en la que los pacientes tienden a presentar un nivel bajo en esta dimensión.

En cuanto a la dimensión emocional y familiar, los participantes reportaron en mayor porcentaje un nivel bajo, lo que se relaciona al hecho de que la diabetes representa una fuente elevada de estrés y angustia que afecta tanto al paciente, como a sus familiares y cuidadores. Referente a la dimensión social, los resultados señalan una tendencia hacia el promedio, es decir, que de manera general la percepción sobre sus redes de apoyo y como se relacionan con su entorno es favorable, lo que podría estar relacionado a que estos aspectos se enfatizan durante el abordaje que realizan desde las diferentes actividades en la Casa de la Diabetes.

Por otra parte, referente al objetivo de la respuesta adaptativa a la enfermedad se obtiene que el 96,7% de la muestra no alcanza el grado de satisfacción y 1 de cada 4 pacientes presenta una adaptación deficiente, es decir no emplea acciones favorables para afrontar el diagnóstico lo que puede incrementar el riesgo y complicaciones de la enfermedad.

De la misma manera, los resultados del estudio concluyen que en la adultez temprana existe una mejor respuesta adaptativa que en la adultez media, lo que puede compararse con otras investigaciones en las que a medida que aumenta la edad de la población evaluada el grado de satisfacción disminuye y al mismo tiempo el grado de deficiencia aumenta.

Lo mencionado, se relaciona con la literatura que sostiene que el deterioro cognitivo y físico que surge durante la adultez media puede afectar la capacidad de responder adecuadamente a las exigencias de la enfermedad y que, está a su vez, empeora con el transcurso de los años.

En consideración a las ventajas, desventajas y resultados obtenidos en la investigación, se han planteado las siguientes recomendaciones:

- Existen escasos estudios actuales en relación al impacto psicológico en el paciente posterior al diagnóstico de una enfermedad crónica, por lo que se deberían realizar más investigaciones que permita generar conocimiento y herramientas para su tratamiento y apoyo psicológico y que a su vez sean adaptadas al contexto ecuatoriano.

# UCUENCA

- Los resultados obtenidos en la investigación discrepan con investigaciones previas que estudiaron el autoconcepto físico en personas diagnosticadas con DM, por lo que se recomienda investigar por qué esta tiene una mayor puntuación, considerando que las otras dimensiones como la familiar, emocional, académica/laboral y social se mantiene en rangos establecidos por investigaciones anteriores.
- Se recomienda la implementación de programas de prevención, promoción y cuidado como son los clubes para personas que han sido diagnosticadas con enfermedades crónicas como DM, debido a que dentro de la investigación se ha visto resultados favorables en el desarrollo del autoconcepto social y físico en los pacientes partícipes de clubes (como los que ostenta la Casa de la Diabetes). El apoyo social, dentro de estas asociaciones incentiva a las personas y sus familiares a realizar diversas actividades culturales, deportivas y participar en talleres de educación acerca de su condición e influye favorablemente en la adherencia al tratamiento.
- Se sugiere generar mayor investigación sobre la correlación existente entre la edad del paciente y la respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes con DM, ya que, diversas investigaciones apuntan a un menor grado de adaptación en personas de edad avanzada.

## Referencias

- Amaral, A. (1997). Aspectos psicológicos de un paciente con diabetes mellitus. En Ribeiro, J.L. (Ed.), *Actas do 2º congreso nacional de psicología da saúde* (pp. 105-118). Lisboa: ISPA.
- Beléndez, M., Lorente, I., Maderuelo, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria*, *24*(4), 300–303. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.005>
- Betancourt, C., Figueredo, K., León, M., Moreno, L. (2020). Proceso de adaptación en pacientes diabéticos. *Revista Eugenio Espejo*, *15*(1), 43–53. <https://doi.org/10.37135/ee.04.10.05>
- Bilbao, A., Beniel, D., Pérez, M., Montoya, I., Alcón, J., Prado, V. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y salud*, *25*(1), 57–65
- Bilbao-Cercós, A., Beniel-Navarro, D., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Alcón-Sáez, J., Prado-Gascó, V. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y salud*, *25*(1), 57–65.
- Campos, J., Centeno, K., Báez, A. (2016). *Autoestima y Autoconcepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua].
- Caldera, F., Reynoso, U., Angulo, M., Cadena, A., Ortiz, D. (2018). Habilidades sociales y autoconcepto en estudiantes universitarios de la región Altos Sur de Jalisco, México. *Escritos de psicología*, *11*(3), 144–153. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2018.3112>
- Delamater, A., Jacobson, A., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R., Wyszocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes: report of the psychosocial therapies working group. *Diabetes Care*, *24*(7), 1286-1292. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.7.1286>. PMID: 11423517.
- Domínguez, A. (2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, *24*(2), 200-213. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532013000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000200009&lng=es&tlng=es).

García, F., Musitu, G. (2014). AF-5 Autoconcepto Forma 5 (4.a ed.). TEA.

Heydari, A., Ahrari, S., Vaghee, S. (2011). The Relationship Between Self-concept and Adherence to Therapeutic Regimens in Patients With Heart Failure, *The Journal of Cardiovascular Nursing*: November 2011 - Volume 26 - Issue 6 - p 475-480 doi: 10.1097/JCN.0b013e318215bb78

Jiménez C, María I, Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126-143.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242007000100012&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100012&lng=en&tlng=es).

Leitón, Z., Cienfuegos, M., Deza, M., Fajardo, E., Villanueva, M., López, A. (2018). *Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes"* Emotional impact on the way to learn to live with the illness, "la diabetes". *SciELO Colombia*.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v34n3/2011-7531-sun-34-03-696.pdf>

López, C., Ávalos, M. (2013). Towards the social perspective-oriented analysis of diabetes mellitus. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 331–345.

Naranjo-Hernández, Y. (2016). La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. *Finlay*, 6(1), 1–2. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001)

Núñez, S., Delgado, A., Samancas, D. (2020). Tendencias y análisis espacio-temporal de la mortalidad por diabetes mellitus en Ecuador, 2001-2016. *Revista Cubana de Salud Pública*. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1314>

OMS (2022). Organización Panamericana de la Salud. Diabetes. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Papalia, D., Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano* (13 ed.). México: McGraw-Hill Education.

Pérez, V. (2010). El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(2)  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200011&lng=es&tlng=es).

Pérez, V. (2004). Respuesta adaptativa a la diabetes mellitus y su relación con el envejecimiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(4) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000400007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400007&lng=es&tlng=es)

Portilla del Cañal, L. y Jo,

A. (1995). Construcción y validación de un cuestionario para evaluar la respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes diabéticos. *Revista Cubana de Psicología*, 12(3), 193-201.

Portilla, L. (2011). *Calidad de vida y autoconcepto en pacientes on diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

Rodríguez, J., López, M., Ortiz, A., Jiménez, J., Lopez, L., Chacón, J. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53, 546–551.

Roy, C. (2009). The Roy Adaptation Model. Appleton & Lange, Ed. Standford.

Rubin, R. (2000). Diabetes and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 13, 21.

Vázquez, M., Cruz, F., Laynez, C., Pérez, M., Godoy, D. (2008). Impacto del nivel de conocimientos, la fuente de información y la experiencia con la enfermedad sobre las actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes en un grupo de estudiantes de educación secundaria. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 479–499.

Vigil-De Gracia, P., Olmedo, J. (2017). Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex*, 380–390

## Anexos

### Anexo A

#### Operalización de variables

#### Autoconcepto Forma 5

Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Autoconcepto	De acuerdo con Caldera et al. (2018) puede contemplarse como un constructo referente al conocimiento con el cual el individuo tiende a percibir de sí mismo con base a criterios	Autoconcepto académico/laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Yo hago bien los trabajos escolares y/o profesionales</li> <li>-Mis superiores y/o profesores me consideran un buen trabajador</li> <li>-Trabajo mucho en clase y/o en el trabajo</li> <li>-Mis superiores y/o profesores me estiman</li> <li>-Soy un buen trabajador y/o estudiante</li> <li>-Mis profesores me consideran inteligente y trabajador</li> </ul>	Contestar con un valor entre 1 y 99 según el grado de acuerdo con cada frase.	Ordinal

# UCUENCA

---

como su aspecto  
físico, estilos  
cognitivos y  
conducta  
interpersonal

Autoconcepto  
social

- Hago fácilmente amigos
- Soy una persona amigable
- Es difícil para mí hacer amigos
- Soy una persona alegre
- Me cuesta hablar con desconocidos
- Tengo muchos amigos

---

Autoconcepto  
emocional

- Tengo miedo de algunas cosas
- Muchas cosas me ponen nervioso
- Me asusto con facilidad
- Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso
- Me pongo nervioso cuando me pregunta algo el profesor o superior
- Me siento nervioso



Autoconcepto familiar

- Soy muy criticado en casa
- Me siento feliz en casa
- Mi familia está decepcionada de mi
- Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas
- Mis padres me dan confianza
- Me siento querido por mis padres

---

Autoconcepto físico.

- Me cuido físicamente
- Me buscan para realizar actividades deportivas
- Me considero elegante
- Me gusta como soy físicamente
- Soy bueno haciendo deporte
- Soy una persona atractiva

---

**Cuestionario para evaluar la respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes con diabetes**

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Respuesta adaptativa	Grado de adecuación psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración del paciente con relación a su enfermedad.	Factor 1: Valoración de la severidad de la enfermedad.	<p>1. - Me siento preocupado por las consecuencias que puede tener para mí ser diabético</p> <p>2. - Considero la diabetes como una enfermedad</p> <p>3. - Creo que en un futuro no muy lejano empezarán a surgir complicaciones de la enfermedad:</p> <p>4. - Me asusta el hecho de padecer Diabetes</p> <p>5. - Creo que a un diabético le esperan graves consecuencias para su salud a causa de su enfermedad</p> <p>7. - Creo que un diabético puede vivir menos que uno que no lo sea</p>	Escala tipo Likert	Ordinal

---

Factor 2: Barreras para el cumplimiento del tratamiento.	<p>6. - Seguir el tratamiento para la diabetes me resulta realmente molesto</p> <p>9. - A pesar de que dicen lo contrario, creo que el uso de insulina puede tener consecuencias dañinas para la salud</p> <p>10. - Mi tratamiento me resulta</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Muy difícil de cumplir</li><li>b. Relativamente difícil</li><li>c. Ni difícil ni fácil</li><li>d. Bastante fácil</li></ul> <p>12. - El aspecto de mi tratamiento que me resulta más difícil de cumplir, es....</p> <p>32. - Me molesta tener que estar pendiente de la hora para cumplir mi tratamiento:</p>
Factor 3: Conducta de salud.	<p>8. - Creo que vale la pena cumplir con el tratamiento para poder tener un buen control metabólico</p>

---

11. - En general, trato de ajustarme lo más que pueda a mi régimen de tratamiento

13. - Mi tratamiento

- a. Aún me resulta difícil de cumplir
- b. Lo aceptó mejor que antes pero aún me cuesta trabajo cumplirla
- c. Ya lo cumplo sin mayor esfuerzo

18. - Creo que puedo llevar un régimen de trabajo o estudios, similar al de mis compañeros

24. - Diariamente yo hago:

- a. comida: almuerzo o comida
  - b. comidas: desayuno y almuerzo o almuerzo y comida
  - c. comidas: desayuno, almuerzo y comida
  - d. comidas o más comidas
-

25. - Habitualmente me hago el  
Benedict

- a. cuatro veces al día
- b. una o dos veces al día:
- c. varias veces a la semana
- d. algunas veces al mes
- e. nunca

26. - Yo realizo ejercicios físicos

- a. todos los días
- b. varias veces por semana
- c. algunas veces al mes
- d. raramente o nunca

27. - Yo controlo mi peso

- a. semanalmente
  - b. mensualmente
  - c. cuando voy a consulta
  - d. realmente o nunca
-

---

Factor 4: Molestias asociadas a la enfermedad.	15. -El hecho de ser diabético influye en mis relaciones con las personas que me rodean (compañeros de trabajo o estudios, amigos, vecinos)  16. - Tengo síntomas molestos relacionados con la diabetes.  28. - Tengo que visitar frecuentemente al médico porque constantemente tengo molestias relacionadas con la diabetes.  29. - En realidad solo tengo síntomas molestos cuando estoy descontrolado.  30. - Si mi familia me ayudara me resultaría más fácil cumplir las medidas para el control de mi enfermedad.
Factor 5: Repercusión psicológica.	14. - Mi familia me considera "limitado" por ser diabético

---

17. - Siento que ser diabético, me limita para realizar actividades que otros pueden hacer

19. - Me creo capaz de rendir como cualquiera en las actividades que habitualmente realizo

20. - Cuando conozco a alguien, le digo que soy diabético

21. - Cuando asisto a alguna actividad social (fiesta, reunión) me disgusta que los otros sepan que soy diabético

22. - Mis amigos temen invitarme a salir por temor a que me suceda algo

23. - Creo que la gente me trata de forma diferente por ser diabético

31. - Casi siempre me siento mal

---

## Anexo B

### Instrumentos de la aplicación:

#### El autoconcepto y adaptación a la enfermedad en personas diagnosticadas con diabetes en adultos en el centro médico Casa de la Diabetes.

Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AF5** (García y Musitu, 2014)

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

1	Hago bien los trabajos escolares		
2	Hago fácilmente amigos		
3	Tengo miedo de algunas cosas		
4	Soy muy criticado en casa	100-	
5	Me cuido físicamente		
6	Mis superiores me consideran buen trabajador		
7	Soy una persona amigable		
8	Muchas cosas me ponen nervioso		
9	Me siento feliz en casa		
10	Me buscan para realizar actividades deportivas		



11	Trabajo mucho en clase (trabajo)		
12	Es difícil para mí hacer amigos	100-	
13	Me asusto con facilidad		
14	Mi familia está decepcionada de mí	100-	
15	Me considero elegante		
16	Mis superiores mi estiman		
17	Soy una persona alegre		
18	Cuando mis mayores me dicen algo me pongo muy nervioso		
19	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas		
20	Me gusta como soy físicamente		
21	Soy buen trabajador		
22	Me cuesta hablar con desconocidos	100-	
23	Me pongo nervioso cuando me pregunta algo el profesor		
24	Mis padres me dan confianza		
25	Soy bueno haciendo deporte		

26	Mis profesores me consideran alegre y trabajador		
27	Tengo muchos amigos		
28	Me siento nervioso		
29	Me siento querido por mis padres		
30	Soy una persona atractiva		

## CUESTIONARIO R-A (Portilla del Cañal, 1995)

### Instrucciones

A continuación, aparecen preguntas relacionadas con la forma en que usted piensa y actúa con relación a la diabetes. Por favor marque con una X la respuesta que exprese mejor su opinión. Solo deberá marcar una respuesta a cada pregunta.

**1. Me siento preocupado por las consecuencias que puede tener para mí ser una persona con diabetes:**

- 1.1 Si \_\_\_\_
- 1.2. No \_\_\_\_
- 1.3 No pienso en eso \_\_\_\_

**2. Considero la diabetes como una enfermedad:**

- 2.1 Muy grave \_\_\_\_
- 2.2 Grave \_\_\_\_
- 2.3 Ni mucho ni poco \_\_\_\_
- 2.4 Nada grave \_\_\_\_
- 2.5 No pienso en eso \_\_\_\_

**3. Creo que en un futuro no muy lejano empezarán a surgir complicaciones de la enfermedad:**

- 3.1 Si \_\_\_\_
- 3.2 Solo si no me cuido \_\_\_\_

**4. Me asusta el hecho de padecer diabetes:**

- 4.1 No \_\_\_\_
- 4.2 Un poco \_\_\_\_
- 4.3 Si \_\_\_\_

**5. Creo que a una persona con diabetes le esperan graves consecuencias a su salud a causa de su enfermedad:**

- 5.1 Si \_\_\_\_
- 5.2 No \_\_\_\_

**6. Seguir el tratamiento para la diabetes me resulta realmente molesto:**

- 6.1 Si \_\_\_\_
- 6.2 No \_\_\_\_

**7. Creo que una persona con diabetes puede vivir menos que uno que no lo sea:**

# UCUENCA

7.1 Si \_\_\_\_

7.2 No \_\_\_\_

**8. Creo que vale la pena cumplir con el tratamiento para tener un buen control metabólico:**

8.1 Si \_\_\_\_

8.2 Sólo en parte \_\_\_\_

8.3 No \_\_\_\_

**9. A pesar de que dicen lo contrario, creo que el uso de la insulina puede tener consecuencias dañinas para la salud:**

9.1 Si \_\_\_\_

9.2 No \_\_\_\_

**10. Mi tratamiento me resulta:**

10.1 Muy difícil de cumplir \_\_\_\_

10.2 Relativamente difícil de cumplir \_\_\_\_

10.3 Ni difícil ni fácil de cumplir \_\_\_\_

10.4 Bastante fácil de cumplir \_\_\_\_

**11. En general, trato de ajustarme lo más que pueda a mi régimen de tratamiento:**

11.1 Si \_\_\_\_

11.2 La mayoría de las veces \_\_\_\_

11.3 Algunas veces \_\_\_\_

11.4 Pocas veces o nunca \_\_\_\_

**12. El aspecto de mi tratamiento que me resulta más difícil de cumplir, es:**

12.1 Ejercicio \_\_\_\_

12.2 Dieta \_\_\_\_

12.3 Medicamentos \_\_\_\_

12.4 Prueba de glucosa \_\_\_\_

12.5 Todos \_\_\_\_

12.6 Ninguno \_\_\_\_

**13. Mi tratamiento:**

13.1 Aún me resulta difícil de cumplir \_\_\_\_

13.2 Lo acepto mejor que antes pero aún me cuesta trabajo cumplirlo \_\_\_\_

13.3 Ya lo cumplo sin mayor esfuerzo \_\_\_\_

**14. Mi familia me considera “limitado” por ser una persona con diabetes:**

14.1 Sí \_\_\_\_

14.2 A veces \_\_\_\_

14.3 No \_\_\_\_

**15. El hecho de ser una persona con diabetes influye en mis relaciones con las personas que me rodean (compañeros de trabajo o estudios, amigos, vecinos):**

15.1 Sí \_\_\_\_

15.2 No \_\_\_\_

**16. Tengo síntomas molestos relacionados con la diabetes:**

16.1 Frecuentemente \_\_\_\_

16.2 Cada cierto tiempo \_\_\_\_

16.3 Pocas veces \_\_\_\_

16.4 Prácticamente nunca \_\_\_\_

**17. Siento que ser una persona con diabetes, me limita para realizar actividades que otros pueden hacer:**

17.1 Si, casi siempre \_\_\_\_

17.2 Sólo a veces \_\_\_\_

17.3 Nunca \_\_\_\_

**18. Creo que puedo llevar un régimen de trabajo o estudios, similar al de mis compañeros:**

18.1 Sí \_\_\_\_

18.2 No \_\_\_\_

18.3 No estudio ni trabajo \_\_\_\_

**19. Me creo capaz de rendir como cualquiera en las actividades que habitualmente realizo:**

19.1 Sí \_\_\_\_

19.2 No \_\_\_\_

**20. Cuando conozco a alguien, le digo que soy una persona con diabetes:**

20.1 Sí \_\_\_\_

20.2 Algunas veces \_\_\_\_

20.3 No \_\_\_\_

**21. Cuando asisto alguna actividad social (fiesta, reunión) me disgusta que los otros sepan que soy una persona con diabetes:**

21.1 Sí \_\_\_\_

# UCUENCA

21.2 No \_\_\_\_

21.3 Un poco \_\_\_\_

**22. Mis amigos temen invitarme a salir por temor a que me suceda algo:**

22.1 Creo que sí \_\_\_\_

22.2 Creo que no \_\_\_\_

**23. Creo que la gente me trata de forma diferente por ser una persona con diabetes:**

23.1 Sí \_\_\_\_

23.2 No \_\_\_\_

**24. Diariamente yo hago:**

24.1 Una sola comida: almuerzo o comida \_\_\_\_

24.2 Dos comidas: desayuno y almuerzo o almuerzo y comida \_\_\_\_

24.3 Tres comidas: desayuno, almuerzo y comida \_\_\_\_

24.4 Cuatro o más comidas \_\_\_\_

**25. Habitualmente me hago la prueba de glucemia:**

25.1 Cuatro veces al día \_\_\_\_

25.2 Una o dos veces al día \_\_\_\_

25.3 Varias veces a la semana \_\_\_\_

25.4 Algunas veces al mes \_\_\_\_

25.5 Nunca \_\_\_\_

**26. Yo realizo ejercicio físico:**

26.1 Todos los días \_\_\_\_

26.2 Varias veces por semana \_\_\_\_

26.3 Algunas veces al mes \_\_\_\_

26.4 Raramente o nunca \_\_\_\_

**27. Yo controlo mi peso:**

27.1 Semanalmente \_\_\_\_

27.2 Mensualmente \_

27.3 Cuando voy a consulta \_\_\_\_

27.4 Raramente o nunca \_\_\_\_

**28. Tengo que visitar frecuentemente al médico porque constantemente tengo molestias relacionadas con la diabetes:**

28.1 Sí \_\_\_\_

28.2 No \_\_\_\_

# UCUENCA

**29. En realidad, solo tengo síntomas molestos cuando estoy descontrolado:**

29.1 Sí \_\_\_\_\_

29.2 No \_\_\_\_\_

**30. Si mi familia me ayudara, me resultaría más fácil cumplir las medidas para control de mi enfermedad:**

30.1 Sí \_\_\_\_\_

30.2 No \_\_\_\_\_

30.3 Recibo ayuda de mi familia \_\_\_\_\_

**31. Casi siempre me siento mal:**

31.1 Sí \_\_\_\_\_

31.2 No \_\_\_\_\_

**32. Me molesta tener que estar pendiente de la hora para cumplir mi tratamiento:**

32.1 Sí \_\_\_\_\_

32.2 No \_\_\_\_\_

## Anexo C

### Consentimiento Informado

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: El autoconcepto y adaptación a la enfermedad en personas diagnosticadas con diabetes en adultos en el centro médico Casa de la Diabetes en el periodo 2022

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador 1	Ana Isabel Torres Peña	0106420920	Universidad de Cuenca
Investigador 2	Fabián Esteban Murillo Galindo	0107085326	Universidad de Cuenca
¿De qué se trata este documento?			
<p>Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Casa de la Diabetes. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.</p>			
Introducción			



Enfermedades crónicas como la diabetes mellitus afectan a las personas tanto en el plano físico como mental, con incidencia, por lo tanto, en el autoconcepto del paciente y en diversos recursos psicológicos que necesita para una mayor adaptación a la enfermedad, lo que es crucial para garantizar la mejor calidad de vida posible. Se pretende desarrollar el estudio con el propósito de comprender cómo el autoconcepto ha incidido en los niveles de adaptación a la enfermedad y para esto es necesario de la participación de adultos entre 18 y 65 que padezcan diabetes mellitus y que formen parte de la Casa de la Diabetes.

## Objetivo del estudio

El estudio pretende describir cómo los niveles de autoconcepto inciden en la forma en que las personas con diabetes mellitus se adaptan a su enfermedad.

## Descripción de los procedimientos

A una muestra de 60 adultos con diabetes mellitus de la Casa de la Diabetes se les aplicará el cuestionario para evaluar la respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes con diabetes y el cuestionario de autoconcepto forma 5, los cuales poseen una duración de 25 a 35 min cada uno.

## Riesgos y beneficios

Con el propósito de impedir que los resultados de la investigación terminen por no ser empleados en beneficio de los pacientes, se ha establecido una carta compromiso con la Casa de la Diabetes con la intención de que el estudio pueda ser empleado para comprender el estado emocional de los pacientes del centro médico y así mejorar la atención psicológica que les brinda. Es importante recalcar que los datos obtenidos podrán ser de utilidad para centros de salud públicos y la Universidad de Cuenca, ya que la investigación ofrece información valiosa de las implicaciones del autoconcepto en la adaptación a la enfermedad en caso de la diabetes, Por otra parte, de acuerdo a las consideraciones éticas establecidas como lo son la confidencialidad, el anonimato y la voluntariedad de los participantes del estudio, se ha optado por reiterar al inicio de las evaluaciones el carácter voluntario del que ostentan los participantes además de no incluir datos personales de estos, como el nombre, que permitan que sean identificados.

## Otras opciones si no participa en el estudio

Las personas pueden hacer uso del derecho de abstenerse a participar en esta investigación en caso de que lo deseen, sin que se presenten consecuencias negativas o adversas a causa de su decisión.

## Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 9) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;

13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;

14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado *(no aplica)*

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0999043443 que pertenece a Fabián Murillo o envíe un correo electrónico a [fabian.murillo@ucuenca.edu.ec](mailto:fabian.murillo@ucuenca.edu.ec)

También puede llamar al teléfono 0987188576 que pertenece a Ana Torres o enviar un correo electrónico a [ana.torresp06@ucuenca.edu.ec](mailto:ana.torresp06@ucuenca.edu.ec)

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corrobora con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a  
participante

\_\_\_\_\_  
Firma del/a participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Nombres completos del/a  
investigador/a

---

Firma del/a investigador/a

---

Fecha

---

Nombres completos del/a  
investigador/a

---

Firma del/a investigador/a

---

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [vicente.solano@ucuenca.edu.ec](mailto:vicente.solano@ucuenca.edu.ec)