

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS



**PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON LA SALUD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

**Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la bachillera:**

CAMILA ROMERO CALMET

ASESORA: PATRICIA MARTÍNEZ

LIMA-PERÚ

2015



Agradecimientos

Quisiera agradecer, en primer lugar, a mis padres. Por la pasión y compromiso que demuestran en cada una de las cosas que hacen. Por su apoyo, siempre incondicional, y su motivación en especial en estos últimos meses. A Adriana por acompañarme hace más de 25 años, por su cariño, interés y aliento en este proyecto. A Isabella que sin darse cuenta fue capaz de poner en suspenso mis preocupaciones a través de una sonrisa y un abrazo en más de una ocasión.

A Alberto, Karen y Leticia por acogerme siempre en su casa y en especial los miércoles durante el periodo del internado. Sus almuerzos y compañía fueron una tregua cada mitad de semana.

A Felipe por su contención y escucha constante durante el último año. Por la paciencia y el amor que fueron tan necesarios.

A mis amigas de siempre Andrea, Kiara y Tatiana. Gracias por estar siempre conmigo, el internado y la tesis no fueron una excepción. A Paz, Analú, Fiorella y Daniella quienes compartieron conmigo la última etapa de la carrera. Gracias a todas por su presencia, constante y generosa.

A Mónica Cassaretto y a Patricia Martínez que con su guía y experiencia fueron indispensables a lo largo de este proyecto. Por su interés y confianza en que esta investigación saliera adelante. Gracias a ambas por su disposición y valiosos comentarios.

Al servicio de endocrinología del Hospital Militar Central y especialmente a la Doctora Marita Loyola quien me abrió las puertas de su consultorio e hizo que esta investigación fuera posible. Por sus ganas de enseñarme acerca de su práctica, por sus recomendaciones y por su interés en el trabajo interdisciplinario a favor de los pacientes diabéticos.

Por último, quiero agradecer a cada una de las personas que fueron parte de la investigación. Gracias por su tiempo, disposición y apertura. Por permitirme conocerlos y conocerlas y compartir tantas experiencias y enseñanzas de vida.



Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	11
Procedimiento	17
Análisis de datos	17
Resultados	19
Discusión	27
Referencias	37
Anexos	45
A. Consentimiento Informado	47
B. Ficha de datos	49
C. Confiabilidad de las dimensiones y componentes del SF-36	51
D. Confiabilidad de las escalas del IPQ-R	51



Resumen

La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación entre las percepciones de enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para este propósito se evaluó a 44 pacientes con edades entre 44 y 80 años ($M= 64.64$, $DE= 8.81$) utilizando una versión del cuestionario *IPQ-R* de Moss-Morris y colaboradores (2002) para las percepciones de enfermedad en pacientes con DM2 y la adaptación española del *SF-36* de Alonso, Prieto y Antó (1995) para medir la CVRS. Se encontró que las percepciones de bajo control personal sobre la diabetes, las respuestas emocionales negativas y un acuerdo de que la enfermedad tiene serias consecuencias sobre la vida estuvieron asociadas a una calidad de vida más deteriorada en diferentes dimensiones. Además, los participantes evidenciaron un buen funcionamiento en los índices globales de salud física y mental reflejando una CVRS preservada. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en los constructos principales en relación a diversos factores sociodemográficos y de enfermedad como el sexo, la edad, el estado civil, la existencia complicaciones médicas y el nivel de HbA1c.

Palabras clave: Diabetes, enfermedades crónicas, percepción de enfermedad, calidad de vida relacionada con la salud

Abstract

This investigation set out to establish the relationship between illness perception and quality of life related to health in a group of patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus (DM2). To achieve this, 44 patients between 44 and 80 years old ($M= 64.64$, $SD= 8.81$) were evaluated using a version of the *Revised Perception Illness Questionnaire (IPQ-R)* developed by Moss Morris et al. (2002) to assess illness perception in diabetes patients and the *SF-36* Spanish version by Alonso, Prieto y Antó (1995) to evaluate the quality of life related to health. The results showed that perceptions of low personal control over diabetes, negative emotional responses, and the notion that the disease has serious consequences on their life were associated with a deteriorated quality of life in different dimensions. Additionally, participants showed good performance in global components of physical and mental health reflecting a preserved quality of life related to health. Similarly, there was a significant difference between perception of disease and quality of life in relation to socio-demographic variables such as sex, age, marital status, medical complications and HbA1c levels.

Key Words: Diabetes, chronic diseases, illness perception, quality of life related to health



Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) actualmente las enfermedades crónicas (EC) representan una epidemia mundial que se lleva consigo 36 millones de vidas al año y que, en conjunto, representan la principal causa de mortalidad en el mundo. Su prevalencia ha ido en aumento en los últimos años y todo indica que esta tendencia continuará así en las próximas décadas. De esta manera, uno de los principales problemas de los sistemas de salud es dar respuesta a este tipo de enfermedades (Pacheco-Huergo et al., 2012). La OMS (2005) proyecta que, de los 64 millones de personas que fallecerán en el 2015, 41 millones lo harán por causa de las EC y el 80% de dichas muertes se producirá en países de medios y bajos ingresos. En el caso del Perú, las EC representan el 58.5% de las enfermedades con mayor incidencia y, además, se consideran las que producen mayores niveles de discapacidad dentro de la población afectada (MINSA, 2012).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012) menciona que la Diabetes Mellitus (DM) es una de las EC con mayor prevalencia en el mundo. Calcula que más de 346 millones de personas a nivel mundial padecen de esta enfermedad y conjetura que en América Latina el número de pacientes con DM podría aumentar de 25 millones a 40 millones para el 2030. En el caso del Perú, la prevalencia en el año 2011 fue de 104,227 con una mortalidad de 18,9 por 100 mil habitantes (MINSA, 2012). Por lo explicado, esta enfermedad actualmente constituye un problema de salud pública importante y representa una de las prioridades dentro de los programas de intervención en nuestro país.

La DM es una enfermedad crónica de etiología multifactorial, no transmisible que se genera cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la que produce (Letelier et al., 2011; López, 2011; OMS, 2012; Taylor, 2003). La insulina es una hormona que transforma en nuestra sangre el azúcar, el almidón y otros alimentos en la energía requerida diariamente (American Diabetes Association, 2013; Amigo et al., 2003).

Existen varios tipos de DM, la de tipo 2 (DM2), conocida también como no insulino dependiente, se genera por un uso ineficaz de la insulina. Es decir, el cuerpo puede producir insulina; sin embargo, o no es lo suficientemente sensitivo a ésta o no produce la cantidad necesaria (Ballesteros y Álvares, 2010; Taylor, 2003; Vinaccia et al., 2006). La DM2 constituye el 90% de los casos mundiales de diabetes y se caracteriza por aparecer

principalmente en mujeres, en personas mayores de 40 años (Letelier et al., 2011; Pineda et al., 2004b; Taylor, 2003; Vicente et al., 2010) y por permanecer sin ser detectada por un tiempo prolongado (Internacional Diabetes Federation, 2013). Del mismo modo, la causa principal de la diabetes se encuentra vinculada con una base genética; no obstante, los estilos de vida inadecuados, principalmente la mala alimentación, el peso corporal excesivo, el consumo de tabaco y la falta o poca actividad física incrementan la probabilidad de desarrollarla (Amigo et al., 2003; Díez, 2006).

Las personas con esta enfermedad pueden experimentar diversos signos y síntomas como sed, micción excesiva, aumento del hambre, pérdida de peso, impotencia, falta de interés y concentración, fatiga, sensación de hormigueo o entumecimiento de las manos o los pies, visión borrosa, infecciones frecuentes, heridas de curación lenta y dolor de estómago y cabeza (Internacional Diabetes Federation, 2013; Taylor, 2003). Además, existe mayor probabilidad de que experimenten también una serie de emociones negativas como rabia, frustración y culpa con mayor frecuencia (Pineda et al., 2004b); y, que se desarrollen afecciones psicológicas como depresión y ansiedad que pueden acentuarse frente a situaciones como el diagnóstico, el tratamiento y el desarrollo de complicaciones (Pineda et al., 2004a; Rivas et al., 2011). Dichas afecciones tienen, de igual manera, efectos negativos sobre la calidad de vida del paciente, ya que promueven que se presenten mayores dificultades para seguir con su tratamiento y cuidar su salud.

Obtener un determinado nivel en los parámetros de control glucémico, metabólico, de lípidos y de tensión arterial representa el principal objetivo del tratamiento de la DM2, debido a que permitirá la prevención de descomposiciones agudas y de complicaciones causadas por la enfermedad (Ballesteros y Álvares, 2010). Se considera que la educación, la dieta, mantener un peso adecuado, realizar ejercicio y no fumar son la base del tratamiento de los pacientes con DM2. Por ello, se plantea que ésta afección puede ser tratada inicialmente a través de modificaciones en los estilos de vida (Oblitas, 2004; Oviedo & Reidl, 2007; Pineda et al., 2004a; Taylor, 2003; Vicente et al., 2010; Vinaccia et al., 2006). Sin embargo, con el tiempo, la mayoría de pacientes diabéticos requieren medicación oral o insulino terapia (Vicente et al., 2008).

Como se ha observado, un aspecto fundamental en el control de la DM2 es la adherencia al tratamiento, ya que la falta de cumplimiento de éste incrementa el riesgo de

efectos adversos como la hiperglucemia que con el paso del tiempo puede llegar a dañar gravemente muchos órganos y sistemas (Ballesteros y Álvares, 2010; OMS, 2012). En ese sentido, la literatura indica que las personas diabéticas son más propensas a sufrir problemas circulatorios, cardiopatías, accidentes vasculares, insuficiencia renal, afecciones del sistema nervioso, amputaciones de miembros inferiores, daños en la retina y ceguera (López, 2011; Rivas et al., 2011; Taylor, 2003; Vicente et al., 2008; Vicente et al., 2010). Sumado a esto, su riesgo de muerte es, al menos, dos veces mayor que el de las personas sanas (OMS, 2012).

Las enfermedades crónicas como la diabetes conllevan un proceso de deterioro continuo sobre la calidad de vida de una persona durante un periodo prolongado de tiempo (Mena et al., 2006; Nieto et al., 2004; Oblitas, 2004; Salazar et al., 2012; Vicente et al., 2008; Vinaccia et al., 2006). Así, una EC y su tratamiento implican un quiebre en el comportamiento habitual de las personas trayendo consecuencias en diferentes ámbitos de su vida como, por ejemplo, en su bienestar físico y emocional, sus relaciones sociales y su labor profesional (Acosta y Sánchez; 2009; Árcega- Domínguez et al., 2005; Oblitas; 2004).

En términos generales, cuando hacemos referencia a la calidad de vida describimos un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su ambiente y que depende de una perspectiva cultural, una época y una sociedad determinada (Ardilla, 2003; Schwartzmann, 2003). Tuesca (2005) relaciona este concepto con el bienestar social y con la satisfacción de las necesidades humanas. En esta misma línea, Oblitas (2004) y Ardilla (2003) agregan que el concepto hace referencia tanto a una evaluación objetiva como a una subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, bienestar emocional, relaciones familiares y sociales, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, ocio, integración de la comunidad y derechos humanos. En resumen, puede ser definida como una medida con múltiples dimensiones que se encuentra compuesta por el bienestar físico, el psicológico y el social percibido por cada persona.

Las personas que sufren una EC como la diabetes evidencian una alteración en una de las dimensiones que conforman la calidad de vida: la pérdida de la salud. Por esto, en el caso de pacientes con EC, se utiliza el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Torres, 2011). Schwartzmann (2003) señala que la CVRS en una persona enferma

está constituida por la interacción de diferentes factores como: el momento de vida en el que aparece y se desarrolla la enfermedad, las características de ésta y su evolución, los cambios que se producen en los diferentes ámbitos de vida de la persona, su personalidad o características personales y el soporte social recibido y percibido. Es así que, la CVRS representa también un término multidimensional que debe incluir el diagnóstico, los síntomas causados por la enfermedad o el tratamiento, el funcionamiento fisiológico y físico del paciente, los factores psicológicos y cognitivos, el ámbito social y las percepciones existentes de salud (Oblitas, 2004; Teva et al., 2004).

En el caso de los pacientes con DM2, diversos autores plantean que la percepción de la CVRS se encuentra afectada negativamente (Árcega-Domínguez et al., 2005; Hervás et al., 2007; Mena et al., 2006; Oblitas, 2003; Paddison et al., 2008; Salazar et al., 2012; Vicente et al., 2008; Vinaccia et al., 2006; Watkins, 2000). Por un lado, se observa que el bienestar físico se ve deteriorado por la existencia de síntomas físicos, por la rigurosidad del tratamiento y el desarrollo de complicaciones. Por otra parte, a nivel social, las relaciones con amistades y familiares se pueden ver modificadas negativamente por las características y complicaciones de la enfermedad, y las prohibiciones causadas por los tratamientos. Finalmente, como se mencionó previamente, en el ámbito psicológico el bienestar se ve afectado por la aparición de ansiedad y depresión, y también al verse afectada la autoestima del individuo (Jacobson, 1994; Melchioris et al., 2004; Polonsky, 2000; Quirantes- Hernández et al., 2000 como se cita en Oviedo y Reidl, 2007).

Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero (2006) realizaron un estudio que comparó, a partir de un muestreo probabilístico, a 495 sujetos con 36 pacientes con DM2 que asistían a un centro de salud de la ciudad de Valladolid en España. En dicho estudio encontraron que las personas diabéticas presentaban puntuaciones notablemente más bajas en cuatro de las ocho dimensiones de la CVRS, hallándose que reportan peor nivel de función física (limitaciones físicas), dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), salud general (valoración personal de la salud) y vitalidad (sentimiento de energía). De la misma manera, hallaron que un factor que deteriora la CVRS era la existencia de complicaciones. Así, por ejemplo, el número de factores de riesgo cardiovascular asociados se correlacionaron negativamente con la puntuación en las escalas de función social (interferencia en la vida social habitual) y salud mental (depresión, ansiedad, control

emocional y de la conducta). Por otro lado, el porcentaje de hemoglobina glicosilada se correlacionaba negativamente con las puntuaciones en las escalas de función social, rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias) y salud mental. Por último, el índice de masa corporal correlacionaba negativamente con el rol físico (interferencias en el trabajo u otras actividades diarias) y la función social.

En esa misma línea, Vinaccia, Fernández, Escobar, Calle, Andrade, Contreras y Tobón (2006) en un estudio no probabilístico con 74 pacientes con DM2 de una institución privada colombiana, establecieron que el nivel de CVRS de todas las áreas se hallan deterioradas en tanto sus promedios se encuentran bajos en todas las dimensiones (medias entre 50 y 70 puntos de 100). De esta manera, concluyen que al compararse con población sana, los pacientes con DM2 tienen más afectadas las dimensiones de salud general, dolor corporal, rol físico y función física. En resumen, se observa que fundamentalmente las dimensiones más deterioradas en estos pacientes son las áreas relacionadas con la salud física.

Igualmente, el mismo estudio evidenció que la variable sexo ejercía influencia sobre diversas dimensiones de la CVRS sustentando posteriormente la existencia de diferencias en los perfiles de salud-enfermedad entre hombres y mujeres por causas biológicas y de género. Profundizando más en este punto, Misra y Lager (2009) hallaron que las mujeres presentaban mayores dificultades en el cumplimiento de sus conductas de autocuidado y mantenimiento de la diabetes por sus roles de cuidadores principales y de sostenimiento del hogar. Del mismo modo, encontraron que las mujeres presentaban niveles más altos de ansiedad en relación a su enfermedad y que percibían mayor interferencia en su vida a causa de la diabetes en comparación a la población masculina.

Es importante mencionar que la CVRS en los pacientes diabéticos se verá afectada también por el tiempo de evolución de la enfermedad. Vicente, Zerquera, Perezza, Castañeda, Irizar, y Bravo (2008) encontraron, en una muestra que incluyó 148 pacientes cubanos con DM2, que en comparación con los pacientes que tenían entre 0 y 4 años de evolución de enfermedad, los que presentaban más de 20 años mostraban un mayor deterioro de CVRS. Ello al parecer se encontraba vinculado principalmente con la aparición de complicaciones de la DM2 (Paddison et al., 2008; Salazar et al., 2012; Vicente et al., 2008). Por otro lado, se encuentra nuevamente que a medida que los pacientes diabéticos

presentan sobrepeso se afecta su capacidad física, su bienestar psicológico y por ende su CVRS (Vicente et al., 2008).

Por último, en relación al tratamiento, las investigaciones señalan que algunas conductas de salud como por ejemplo la dieta pueden tener un efecto negativo en la CV, ya que incrementan la percepción de carga de la diabetes (Watkins, 2000). De la misma manera, Mena y colaboradores (2006) confirman dicho hallazgo señalando que la insulino terapia también se encuentra normalmente asociada a una menor CVRS.

Ahora bien, controlar una enfermedad también implica conocerla y un proceso de adaptación a esta (Pacheco- Huergo et al., 2012). En ese sentido, la literatura indica que en los últimos años la manera cómo las personas elaboran y desarrollan sus representaciones cognitivo-emocionales acerca de sus experiencias de vida han tomado gran importancia dentro de la psicología de la salud, ya que permiten entender más complejamente los procesos de salud y enfermedad y cómo intervenir en ellos (Beléndez et al., 2005; Hager y Orbell, 2003; Ledon, 2012; Tavera, 2012; Torres- López et al., 2005). En esa línea, Ruda (2011) plantea que el proceso por el cual los individuos internalizan eventos internos y externos con el propósito de descubrir y organizar su mundo tendrá un efecto directo en su conducta y en este caso particular sobre su enfermedad.

Distintas teorías explican la percepción de la enfermedad. Uno de los enfoques más utilizados actualmente es el modelo de autorregulación creado en 1980 por Leventhal en el que se postula al paciente como un procesador activo que construye y desarrolla percepciones de su enfermedad y, a partir de ellas, regula su conducta para manejar el problema (Hager y Orbell, 2003; McAndrew et al., 2008; Quinceno y Vinaccia, 2010). Con este modelo se busca identificar los factores involucrados en las elaboraciones de los pacientes acerca de su enfermedad y la influencia de estos factores sobre sus reacciones frente a los síntomas que experimentan, cómo planifican las estrategias de afrontamiento, su adherencia al tratamiento, sus conductas de autocuidado, su recuperación funcional y sus expectativas de salud para el futuro (Hager y Orbell, 2003; Ogden, 2007; Petrie y Weinman, 2006; Quinceno y Vinaccia, 2010).

Para el mencionado autor, la respuesta de una persona frente a su enfermedad será resultado de un sistema que implica tres procesos secuenciales (Quinceno y Vinaccia, 2010). De manera inicial, se plantea que las personas perciben una amenaza para su salud y

elaboran una representación, cognitiva y emocional de la enfermedad, con la que se busca darle sentido al problema. Posteriormente, se elabora un plan de acción basado en las representaciones desarrolladas inicialmente, que tiene como objetivo central buscar un nuevo estado de equilibrio. Por último, las personas evalúan los resultados de las estrategias de afrontamiento adoptadas a partir del plan de acción que sirve también como una fuente de retroalimentación (Letelier et al., 2011; Ogden, 2007; Taylor, 2003).

De la misma manera, dentro de este modelo, la percepción de la enfermedad de un paciente involucra dos procesos paralelos simultáneos: uno cognitivo y uno emocional subjetivo (Cameron et al., 1993; Quiles et al., 2009; Moss- Morris et al., 2002). Mediante éstos, toda la información obtenida a través de diversas fuentes, sean concretas o abstractas, explican y le dan sentido a la enfermedad (Hager y Orbell, 2003). Las fuentes pueden ser las propias experiencias corporales de los pacientes (tipo, persistencia y severidad de los síntomas); la comunicación brindada por otros como pueden serlo los profesionales de la salud, familiares o amigos y las concepciones que existen sobre la enfermedad en la cultura donde se desarrolla la persona (McAndrew et al., 2008; Petrie y Weinman, 2006; Quinceno y Vinaccia, 2010; Taylor, 2003).

En resumen, se podría afirmar que la percepción de enfermedad hace referencia a la información más importante que una persona obtiene y desarrolla sobre su enfermedad y la manera cómo la organiza. En ese sentido, se plantea que dichas percepciones se encuentran constituidas por diferentes dimensiones relacionadas al nombre que una persona le da a su enfermedad, al origen y duración que se le atribuye a esta, al posible impacto producido en la calidad de vida y al control personal y del tratamiento que se percibe (Beléndez et al., 2005; Hager y Orbell, 2002; Ogden, 2007; Petrie and Weinman, 2006; Quiles et al., 2009).

Un estudio realizado en Inglaterra con 134 afectados con DM2 reveló que los pacientes diabéticos perciben su enfermedad como una condición crónica y de larga duración. De la misma forma, se halla que los pacientes creen que las consecuencias de la diabetes pueden llegar a ser serias y perciben que tienen un alto nivel de comprensión frente a su enfermedad. Sumado a esto, las creencias en relación al tratamiento reflejan su importancia para controlar la diabetes en el momento presente y para evitar futuras complicaciones (Searle et al., 2007).

Continuando con los resultados obtenidos en el mencionado estudio, las variables sociodemográficas y de enfermedad presentaron una serie de asociaciones con la percepción de la enfermedad. En relación a la edad de los pacientes se encontró correlaciones positivas entre esta variable y la percepción de coherencia de enfermedad y de duración, en tanto, a mayor edad de los participantes mayor será el entendimiento que se tenga de la enfermedad y de la percepción de duración de ésta. Por otra parte, el uso de insulina se halló asociado con la percepción de identidad, de tal manera que los pacientes que controlan su diabetes con insulina perciben más síntomas cuando su nivel de glucosa en la sangre se encuentra bajo. Por último, la duración de la diabetes se encontró negativamente asociada con la percepción de control personal sobre la enfermedad. Es decir, si el paciente percibe su enfermedad como una de mayor duración, su percepción de control sobre ésta será menor (Searle et al., 2007).

Posteriormente, Searle, Wetherell, Campbell, Dayan, Weinman y Vedhara (2008) se centraron en investigar las diferencias existentes entre las percepciones de enfermedad entre tres grupos de 22 pacientes ingleses con DM2: pacientes sin ninguna complicación, pacientes con retinopatía y pacientes que presentaban úlceras de pie activas. Los pacientes con úlceras del pie presentaron una mayor creencia en el control personal de la diabetes, pero el control de tratamiento percibido fue menor que la del grupo control sin complicaciones. Los pacientes con úlceras del pie también demostraron menos entendimiento de la enfermedad que los pacientes con retinopatía o los del grupo control, y además percibieron su diabetes de carácter más cíclico. De esta manera, se sugiere que las diferencias en las percepciones de enfermedad entre dichos grupos podrían tener consecuencias en la manera en la que los pacientes manejan su afección posteriormente.

Así, un individuo frente a una EC como la diabetes, inicialmente interpretará dicha situación para darle un significado, para luego poder enfrentarse de una determinada manera a ella, lo que influirá, a su vez, en la efectividad del tratamiento y su calidad de vida (Letelier et al., 2011; Quinceno y Vinaccia, 2010; Watkins et al. 2000). En ese sentido, el modelo de autorregulación sugiere que una representación cognitiva más exacta y desarrollada de la diabetes puede mejorar la CVRS. Por otra parte, cuando existe una percepción de la enfermedad desfavorable, la CVRS se verá vulnerada también (Vinaccia y Quinceno, 2011).

Padisson, Alpass y Stephen (2008) en un estudio en Nueva Zelanda con 615 individuos seleccionados aleatoriamente de una base de datos de 4857 pacientes con DM2, encontraron resultados que sugerían que las percepciones de los pacientes sobre la diabetes eran tan importantes como la severidad objetiva de la enfermedad para explicar la percepción de CVRS de los individuos. Además, se halló que la percepción de control personal sobre la diabetes se encontraba positivamente asociada con la CVRS.

En esa misma línea, otros estudios realizados señalaron que una mayor autoeficacia, concepto que comparte bases comunes con control personal, es un predictor importante de las conductas de autocuidado (Griva et al. 2000; Nakahara et al. 2006). Sumado a esto, se halló que las personas con mayores niveles de autoeficacia mostraban una valoración más positiva de su estado de salud, menos síntomas depresivos y una recuperación más rápida en comparación con personas que mostraban niveles menores de autoeficacia percibida (Grembowsky et al. (1993) como se cita en Olivari y Urra, 2007).

De la misma manera, la investigación realizada por Paddison y colaboradores (2008) estableció que una fuerte creencia de que la enfermedad tenía consecuencias graves y una representación emocional negativa se encontraban ambas relacionadas a una CVRS más deteriorada. Por su parte, Skinner, Carey, Cradock, Daly, Davies, Doherty, Heller, Khunti y Olivier (2006) explicaron un hallazgo similar indicando que la percepción de consecuencias era un fuerte predictor de estrés y otras afecciones psicológicas lo que afectaba la calidad de vida de los pacientes con diabetes.

De otro lado, Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey e Ingersoll-Dayton (2000) encontraron, en un estudio realizado en Estados Unidos con 296 adultos diabéticos, que ciertas representaciones cognitivas, en especial la identidad de la enfermedad en términos de diagnóstico y síntomas y el de control percibido de la enfermedad, fueron los predictores con mayor significancia asociados a los comportamientos de salud relacionados a la diabetes y a una mejor calidad de vida percibida. Estos hallazgos contribuyen a reforzar los mencionados anteriormente vinculados al estudio de Paddison y colaboradores (2008).

De este modo, evaluar las percepciones de los individuos sobre su enfermedad, en este caso particular sobre su diabetes, y cómo se relacionan estas con su CVRS podría brindar una serie de estrategias para controlar y prevenir la enfermedad a los distintos profesionales de la salud. Este grupo poblacional resulta idóneo para la presente

investigación; ya que, los pacientes con diabetes tienen la principal responsabilidad por el cuidado de su condición a través de la implementación de estilos de vida saludables y el seguimiento de un tratamiento. Es así, que el estudio de estas variables podría influir de una manera positiva en el bienestar del paciente diabético al conocer aquellas dimensiones modificables vinculadas a la percepción de la enfermedad. Asimismo, la intervención en dichas áreas podría ser utilizada también como recurso dentro de un proceso psicoterapéutico destinado a mejorar la CVRS.

Por lo explicado anteriormente, se considera que existe una diversidad de razones que hacen importante el estudio de la percepción de la enfermedad y su influencia en la CVRS en población diabética. Como se ha mencionado con anterioridad, es una enfermedad que genera grandes cambios en la vida de las personas que la padecen por su cronicidad, los numerosos síntomas y complicaciones que la caracterizan y la rigurosidad de su tratamiento. En el Perú, las investigaciones realizadas en este ámbito son limitadas a pesar de que la prevalencia de esta enfermedad es cada vez mayor y de que existe evidencia de que las percepciones de enfermedad influyen en la CVRS como se ha demostrado a lo largo de estas páginas.

Por ello, el propósito del presente estudio es analizar la posible relación entre la percepción de enfermedad y los componentes de la CVRS en un grupo de pacientes con DM2 que asiste a un hospital de Lima Metropolitana. Asimismo, se pretende analizar los niveles de CVRS y la percepción de enfermedad en población con diabetes en relación a las características sociodemográficas y de enfermedad asociadas.

Método

Participantes

Los participantes del presente estudio fueron 44 pacientes diagnosticados con DM2 que asistían a un hospital de las fuerzas armadas de Lima Metropolitana como parte un tratamiento ambulatorio. Este grupo estuvo conformado por 23 mujeres (52.3%) y 21 hombres (47.7 %) y su rango de edad se encontró entre los 45 y 80 años ($M=64.6$, $DE=8.8$). El 79.5% de los participantes eran convivientes o casados; es decir, contaban con una pareja actual. En cuanto a las variables de enfermedad, tanto el tiempo de duración de la diabetes ($M=10.7$, $DE=9.7$) como el de tratamiento ($M=10.3$, $DE=9.5$) se encontró entre los 3 meses y los 35 años. Por otro lado, en relación al tipo de tratamiento, el 65.9% del grupo utilizaba uno farmacológico y el 9,1% inyecciones de insulina, mientras que el 25% restante recurrían a ambos tratamientos juntos. Por último, el 56.8% de los participantes presentaba un nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c) dentro de los parámetros esperados y el 22.7 % presentaba algún tipo de complicación a causa de su enfermedad.

Se excluyeron a aquellos pacientes que presentaron comorbilidad con otras enfermedades crónicas no relacionadas a la diabetes cuyos síntomas y efectos no puedan ser explicados por dicha enfermedad. De la misma manera, se excluyeron a pacientes con dificultades para la comunicación verbal y con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica (Árcega-Domínguez et al., 2005; Salazar et al., 2012).

Medición

La CVRS fue evaluada a través del *Cuestionario de Calidad de Vida SF-36* creado en Estados Unidos por Ware y Sherbourne en 1992 para el *Estudio de los Resultados Médicos* (Medical Outcomes Study, MOS). Esta prueba ha sido traducida y utilizada en varias lenguas y probada psicométricamente en diversos países (Gandek y Ware, 1998; Keller et al., 1998; Vilagut, 2005; Ware et al., 1998; Zúniga et al., 1999). Es una escala genérica para evaluar la CVRS en términos de componentes físicos y mentales y que contiene 36 ítems que identifican tanto estados positivos como negativos de salud (Alonso et al., 1995).

Las 8 dimensiones que evalúa el SF- 36 son el 1) *Funcionamiento Físico* (FF), grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar,

inclinarse, llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos ; 2) *Rol Físico* (RF), grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias; 3) *Dolor Corporal* (DC), intensidad del dolor y su efecto en las actividades cotidianas; 4) *Salud General* (SG), valoración personal de la salud; 5) *Vitalidad* (V), sentimiento de energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento; 6) *Funcionamiento Social* (FS), grado en que el estado de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual; 7) *Rol Emocional* (RE), grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias y 8) *Salud Mental* (SM), mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control emocional y de la conducta (Alonso et al., 1998; Zúñiga, et al., 1999). Además, el cuestionario nos permite obtener dos índices globales: el *componente de salud física* (CSF) que está compuesto por las dimensiones de FF, RF, DC y SG; y, el *componente de salud mental* (CSM) constituido por las de V, FS, RE y SM (Mena et al., 2006; Vilangut et al., 2005; Ware et al., 1998).

Las posibilidades de respuesta se presentan en una escala tipo Likert que varía dependiendo del tipo de pregunta. De este modo, para cada dimensión, las respuestas se codifican y se ubican en una escala donde los puntajes van del 0 al 100 donde un mayor puntaje refleja un mejor estado de salud y por ende una mayor calidad de vida (Alonso et al., 2005; Vilagut et al., 2005). Asimismo, se han utilizado, en algunas investigaciones (Laos, 2010; Torres, 2011), también estas puntuaciones a partir de una división por quintiles en donde una puntuación de 0-19 representa una muy baja CVRS, de 20-39 una relativamente baja, de 40-59 una promedio, de 60-79 una relativamente alta y de 80-100 una muy alta.

Ware y Gandek (1998) realizaron un meta-análisis en el que se revisó la consistencia interna y validez de la versión original del SF-36. Su investigación reveló que los análisis de confiabilidad publicados han superado las normas mínimas de 0.70 en el coeficiente de Cronbach y que en más de 15 estudios se superó el 0.80. De la misma manera, mostraron que la confiabilidad de las puntuaciones de los componentes de salud física y mental suelen sobrepasar el 0.90 en la mayoría de casos. Por otro lado, en relación a la validez de constructo, Ware et al. (1998) quisieron evaluar la generalización de los dos componentes del cuestionario a través de un análisis factorial utilizando el método varimax y una rotación ortogonal simple. Se encontró que dichos componentes representaron entre

el 76% y el 85% de la varianza explicada de las puntuaciones de la escala en nueve países europeos en comparación con el 82% que mostró el análisis en los Estados Unidos. Patrones similares se observaron en las correlaciones entre las ocho escalas y los dos componentes en todos los países y a través de todos los subgrupos divididos por sexo y edad dentro de cada país.

Para la presente investigación, se utilizó la versión española de Alonso, Prieto y Antó (1995). Dicha versión muestra una alta consistencia interna para la mayoría de sus dimensiones. Los valores de confiabilidad obtenidos a través del coeficiente de Cronbach oscilaron entre 0.45 y 0.94, situándose la mayoría de dimensiones por encima del valor 0.7, excepto por la de Función Social. En relación a la validez del instrumento, Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer-Miranda, Quintana, Santed, Valderas, Ribera, Domingo-Salvany y Alonso (2005) en un meta-análisis realizado con un total de 17 artículos que revisaban las propiedades psicométricas del SF-36, se encontró que la versión española del instrumento evidenció buena discriminación entre diferentes grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos que evalúan la CVRS. De la misma manera, el instrumento logró predecir mortalidad e identificar mejoría luego de una intervención como lo es una angioplastia coronaria.

En el caso del Perú, Salazar y Bernabé (2012), evaluaron las propiedades psicométricas del SF-36 en una muestra de 4344 personas entre 15 y 64 años. El cuestionario mostró una confiabilidad total de 0.82 y un coeficiente de Cronbach que fluctuó entre 0.66 y 0.92 en las 8 dimensiones. Adicionalmente, se evaluó la validez de constructo al observar la capacidad de las dimensiones pertenecientes a la prueba para medir las diferencias entre subgrupos a través de variables sociodemográficas. Asimismo, a través de un análisis factorial confirmatorio, se encontró que el modelo de 8 factores y 2 componentes (CSF y CSM) era la estructura factorial más adecuada y que mostraba mayor ajuste a los datos (CFI= 0.96 y RMSEA= 0.05) en comparación con modelos alternativos. Es así, que el instrumento mostró apropiadas propiedades psicométricas con respecto a la consistencia interna, validez de constructo y estructura factorial en nuestro contexto.

Además de Salazar y Bernabé (2012), existen otros estudios realizados con este instrumento dentro de nuestro medio y con diferentes enfermedades crónicas como cardiopatías (Pacci et al., 2011), diabetes (Barrantes, 2010) cáncer (Laos, 2010; Torres,

2011), dolor crónico (Salas, 2009) e insuficiencia renal (Alfaro, 2012) que confirman la confiabilidad de la prueba.

En nuestro estudio, la confiabilidad también se midió a través del coeficiente Cronbach. Todas las dimensiones del instrumento obtuvieron coeficientes mayores a 0.80 superando el valor mínimo recomendado; menos las de dolor corporal y salud general que presentaron un coeficiente de 0.70 y 0.74 respectivamente. En el caso de los componentes, ambos mostraron coeficientes mayores al 0.90 (Ver anexo C).

Para medir la percepción de la enfermedad se utilizó el **Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)** de Moss Morris y colaboradores creado en el 2002 en el marco del modelo de Autorregulación de Leventhal. Actualmente es uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para medir la percepción de enfermedad y ha demostrado una amplia versatilidad dentro de la psicología de la salud (Beléndez et al., 2005; Pacheco-Huergo et al., 2012; Quinceno y Vinaccia, 2010). Es así, que se ha aplicado en sujetos con distintas enfermedades crónicas como diabetes (Letelier et al., 2011; Paddison et al., 2008; Searle et al., 2008; Watkin et al., 2000), enfermedades cardiovasculares (Beléndez et al., 2005; Brink et al., 2011), insuficiencia renal crónica (Vinaccia y Quinceno, 2011), dermatitis atópica (Wittkowsky et al., 2008), cáncer (Giannousi et al., 2010) y trastornos alimentarios (Quiles et al., 2009).

El cuestionario está constituido por tres secciones que presentan pequeños cambios en la cantidad de ítems dependiendo el tipo de enfermedad. Para la evaluación en diabetes, la primera es la escala de *identidad*, que examina los síntomas que los individuos atribuyen a su enfermedad. Se presentan 19 síntomas que los pacientes deben señalar si los han experimentado en el último mes y mencionar si creen que estos se encuentran vinculados a su condición (Letelier et al., 2011).

La segunda sección está compuesta por 24 afirmaciones con una escala tipo Likert de cuatro niveles (1=*Nada*, 2 =*Poco*, 3 =*Bastante*, 4=*Mucho*) que tienen como objetivo valorar el grado de acuerdo que presentan los pacientes con una serie de opiniones vinculadas con su enfermedad a través de 6 dimensiones (Letelier et al., 2011). La primera de ellas es 1) *Control personal* y evalúa la eficacia percibida que el sujeto posee para controlar su enfermedad. Por su parte, 2) *Control del Tratamiento* incluye la percepción respecto a la efectividad del tratamiento para controlar la diabetes. La dimensión de 3)

Consecuencias mide la opinión de los participantes sobre la gravedad y el efecto de su enfermedad sobre su CV y su capacidad funcional. Luego, las dimensiones 4) *Temporalidad Crónica* y 5) *Cíclica* indagan sobre la opinión que tiene el paciente sobre la duración y curso (síntomas se presentan en periodos de aumento o disminución de manera predecible o no). Por último, la dimensión de 6) *Respuesta Emocional* explora los sentimientos que los sujetos pueden asociar con su enfermedad (Quiles et al., 2009; Searle et al., 2008).

En la tercera sección se recogen 23 posibles *causas* de la diabetes y los pacientes deben señalar en qué medida (escala tipo Likert de cuatro niveles) están de acuerdo con que sean causas de su enfermedad (Letelier et al., 2011).

El IPQ-R original fue desarrollado en una muestra de 711 pacientes con 8 tipos de enfermedad diferentes y muestra adecuada evidencia tanto para la confiabilidad interna de las diversas dimensiones del instrumento como para las pruebas a través de mediciones test-retest en corto (3 semanas) y largo (6 meses) periodo. De esta manera, todas las dimensiones de la segunda sección reflejan buena consistencia interna mostrando valores entre 0.79 en la escala de temporalidad cíclica hasta 0.89 de temporalidad crónica. De otro modo, el IPQ-R, refleja buena validez de constructo (divergente) demostrada a través de la correlación de las dimensiones del instrumento con las del PANAS (The Positive and Negative Affect Schedule). Del mismo modo, en relación a la validez predictiva, se evaluó mediante el uso de tres cuestionarios (The Ambulatory Index, Sickness Profile y Fatigue Severity Scale) que el IPQ-R predecía adecuadamente un buen ajuste a la enfermedad (Moss Morris et al., 2012).

En el 2005 Beléndez, Bermejo y García analizaron la estructura factorial y la confiabilidad de la versión española del IPQ-R en una muestra de 170 pacientes con hipertensión. Para el estudio de la estructura factorial de las dos últimas secciones, se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax. Es así que, para la segunda sección se halló una solución de 5 factores que comprendían las dimensiones de control, coherencia, curso cíclico, duración y representación emocional (76,89 % de la varianza) y un modelo de 5 factores para la sección de causas que explicaban el 67,33% de la varianza (factores externos, conducta, estrés, atribuciones psicológicas y herencia). La validez de la primera sección, dimensión de identidad, se comprobó analizando la

existencia de diferencias significativas entre el número de síntomas que los sujetos registraban experimentar y aquellos que mencionaban como asociados a su enfermedad a través de la prueba T para muestras relacionadas. Por último, el mencionado estudio también evidenció una consistencia interna adecuada de las dimensiones del instrumento. Es así, que los coeficientes de Cronbach para la segunda sección del cuestionario superaron el 0.86; mientras que los de la tercera fluctuaron entre 0.58 y 0.75.

En pacientes diabéticos Letelier, Núñez y Rey (2011) utilizaron esta prueba y la adecuaron para las características de esta enfermedad con una muestra de 103 adultos chilenos con DM2. La estructura factorial alcanzada en el estudio fue similar a la de la versión original realizada en 1992 por Moss-Morris y colaboradores. Asimismo, el análisis factorial confirmatorio realizado indicó una mejoría significativa del modelo nulo, $\chi^2(190, N = 103) = 709,35, p = 0,000, CFI < 0,90, RMSEA = 0,164$, y un ajuste adecuado de los datos, $\chi^2(143, N = 103) = 181,05, p = 0,016, CFI = 0,926, RMSEA = 0,051, \chi^2/g.l = 1,27$. Por otra parte, dichos autores encontraron niveles de consistencia interna adecuados para el IPQ- R global (alfa de Cronbach de 0.85).

En resumen, vemos que existe suficiente evidencia de confiabilidad y validez del mencionado instrumento en sus diferentes versiones y en distintos contextos (Weinman et al., 1996; Moss-Morris et al., 2002; Broadbent et al., 2006 como se cita en Quinceno y Vinnacia, 2010).

Para el presente estudio se evaluó también la confiabilidad de las escalas a través del coeficiente de alfa Cronbach (Ver anexo D). La escala de respuesta emocional fue la que obtuvo un mayor coeficiente alcanzando el 0.83. En el caso de las escalas de consecuencias, control paciente y control tratamiento los coeficientes fluctuaron entre 0.50 y 0.64. Por otro lado, en las escalas de temporalidad crónica y cíclica los coeficientes de cronbach obtenidos resultaron muy bajos por lo que se decidió no utilizar las escalas en la presente investigación. Sin embargo, se consideró importante observar el comportamiento de dichas escalas encontrando algunos ítems con correlaciones ítem-test negativas (Ítem 1 e Ítem 23). En esa misma línea, es importante mencionar también que no se observaron mejoras significativas en el coeficiente alfa Cronbach a la hora de neutralizar los mencionados ítems.

Procedimiento

Para poder realizar la investigación se contó, en primer lugar, con la autorización de la institución mencionada. Asimismo, previamente a la aplicación formal de las pruebas, se realizó un piloto a 5 adultos (2 a través de una entrevista y 3 de manera de autoadministración) mayores a 40 años de edad. El objetivo de dicho procedimiento fue determinar si la redacción del cuestionario era clara para todos los participantes y si se comprendían con facilidad todos los enunciados.

Luego, los días de la aplicación, se les consultó a los pacientes si deseaban participar de forma voluntaria en una investigación y se les otorgó el consentimiento informado escrito (ver anexo A) donde se encontraban explicados los objetivos del estudio y los términos de confidencialidad. Posteriormente, de manera anónima, los pacientes completaron una ficha personal (ver anexo B) de la cual se obtuvieron los datos sociodemográfico y asociados a la enfermedad y los cuestionarios. En algunos casos fue necesario realizar una administración directa debido a que los participantes no se encontraban en las condiciones para responder los cuestionarios por falta de anteojos.

Finalmente, se programó un taller psicoeducacional sobre la diabetes en el que se trabajarán de manera grupal los resultados obtenidos en la investigación con los participantes.

Análisis de Datos

Con los datos obtenidos, inicialmente se analizó la normalidad de la distribución de los datos a través de la prueba de Shapiro- Wilk por ser la muestra menor a 50 sujetos. Luego, se realizaron los análisis descriptivos para las distintas variables que incluían frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar, medianas y mínimo y máximo. Posteriormente, a la hora de realizar las comparaciones de grupo, se utilizó la prueba T de Student para las variables paramétricas y la U- Mann Whitney para las no- paramétricas. En el caso de las correlaciones, se utilizó la misma lógica, haciendo uso de la r de Pearson para aquellas escalas que presentaron normalidad y la Rho de Spearman para las que no presentaron una distribución normal. En cada uno de los casos mencionados se trabajó con un nivel de significación <0.05 .



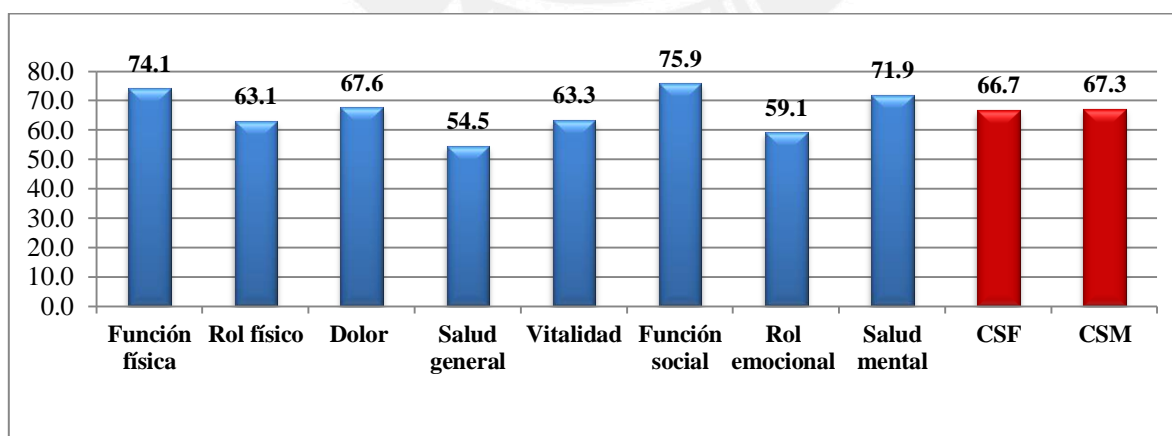
Resultados

En esta sección se presentan los resultados de la investigación en función a los objetivos planteados. De esta manera, se realiza, en primer lugar, una descripción de la información más relevante encontrada sobre la CVRS de los pacientes diabéticos a partir de los componentes globales y sus escalas así como también a partir de las características sociodemográficas y de enfermedad. Luego, se reportan los hallazgos relativos a la percepción de enfermedad en función a las mismas características. Por último, se analiza la relación entre las dimensiones de la CVRS y las escalas de la percepción de enfermedad.

Al realizar el análisis de los estadísticos descriptivos para las ocho dimensiones y dos componentes del Cuestionario de Salud SF-36 se puede observar en el gráfico 1 que la mayoría de las dimensiones han alcanzado puntajes mayores a 60, lo que indica que existe una tendencia superior al promedio en relación a los niveles de CVRS. Asimismo, se observa que las dimensiones función social ($M=75.84$; $DE=25.48$) y función física ($M=74.09$; $DE=21.86$) han alcanzado los mayores niveles de funcionalidad. Por otro lado, si bien las dimensiones de salud general ($M=54.54$; $DE=21.42$) y rol emocional ($M=59.09$; $DE=43.05$) se ubican en el promedio, son las más bajas del grupo evidenciando que son las áreas de menor funcionalidad.

Gráfico 1

Dimensiones y componentes de la CVRS

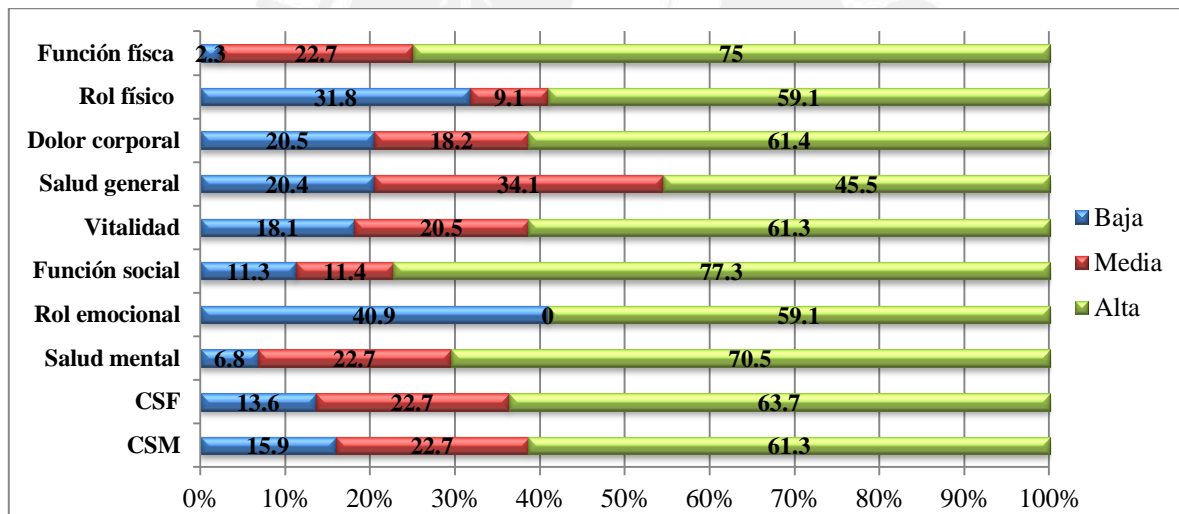


Nota: CSF= Componente salud física y CSM= Componente salud mental.

Se creyó importante utilizar también una distribución porcentual con el propósito de obtener información más específica de la proporción de participantes que se ubicaba en las categorías de baja, media y alta de CVRS en las diferentes dimensiones y componentes, principalmente para aquellas que presentan polarizaciones en las respuestas. Se observa en el gráfico 2 que función física (75%), función social (77.30 %) y salud mental (70.50%) son las áreas que cuentan con un mayor porcentaje de participantes que cuentan con una alta CVRS, reforzando lo mencionado anteriormente en relación a las dimensiones con mayor nivel de funcionalidad. En esa misma línea, resulta relevante mencionar que la escala de salud general es la dimensión con mayor porcentaje de participantes (34.10%) con un nivel de CVRS promedio, mientras que rol físico (31.80 %) y rol emocional (40.9 %) son las que cuentan con mayor porcentaje de participantes que presentan una baja CVRS.

Gráfico 2

Distribución porcentual de los participantes según niveles de CVRS



Al realizar un análisis comparativo de los puntajes de las dimensiones de CVRS según los factores sociodemográficos y de enfermedad se hallaron varias diferencias significativas. En primer lugar, respecto al sexo podemos observar en la tabla 1 que los hombres presentan mayores niveles de CVRS que las mujeres en todas las dimensiones y componentes estudiados.

Tabla 1*Dimensiones y componentes de CVRS según el sexo*

	<i>Hombres</i> (N=21)		<i>Mujeres</i> (N=23)		<i>t/U</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Función física	80.71 (24.09)	90.00	68.04 (18.07)	65.00	132.00 ***
Rol físico	88.09 (21.82)	100.00	40.21 (43.12)	25.00	95.50 ***
Dolor	80.47 (18.24)	80.00	55.86 (24.37)	50.00	105.50 ***
Salud general	64.28 (18.32)	70.00	45.65 (20.46)	45.00	124.00 ***
Vitalidad	75 (16.73)	80.00	52.60 (23.92)	50.00	3.56 **
Función social	89.88 (12.88)	100.00	63.04 (27.56)	62.50	102.00 ***
Rol emocional	80.95 (30.86)	100.00	39.13 (43.40)	33.33	113.50 ***
Salud mental	82.66 (16.84)	88.00	62.08 (18.71)	64.00	101.50 ***
CSF	78.18 (16.55)	85.95	56.25 (20.39)	54.28	97.50 ***
CSM	81.13 (14.73)	85.00	54.59 (23.39)	54.64	86.50 ***

^a Se utilizó la U de Mann-Whitney para las dimensiones que no presentaron normalidad

*** p < 0.01

* p < 0.05

Igualmente, se encontró como se observa en la tabla 2 que las personas que presentaban algún tipo de complicación médica a causa de su diabetes presentaban niveles más bajos de CVRS, en las dimensiones de rol físico y salud general así como también en el componente de salud física, que las personas que no presentaban ningún tipo de complicación.

Tabla 2*Dimensiones y componente de CVRS según la presencia de complicaciones médicas*

<i>Complicación médica</i>	<i>Sí</i> (N=10)		<i>No</i> (N=34)		<i>t/U</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	
Rol físico	40 (44.40)	25	69.85 (39.30)	100	99 ^{a*}
Salud general	41 (23.89)	45	58.52 (19.24)	45	-2.39 *
CSF	52.30 (22.62)	44.88	70.95 (19.55)	72.61	91.50 ^{a*}

^a Se utilizó la U de Mann-Whitney para las dimensiones que no presentaron normalidad

*** p < 0.01 ; * p < 0.05

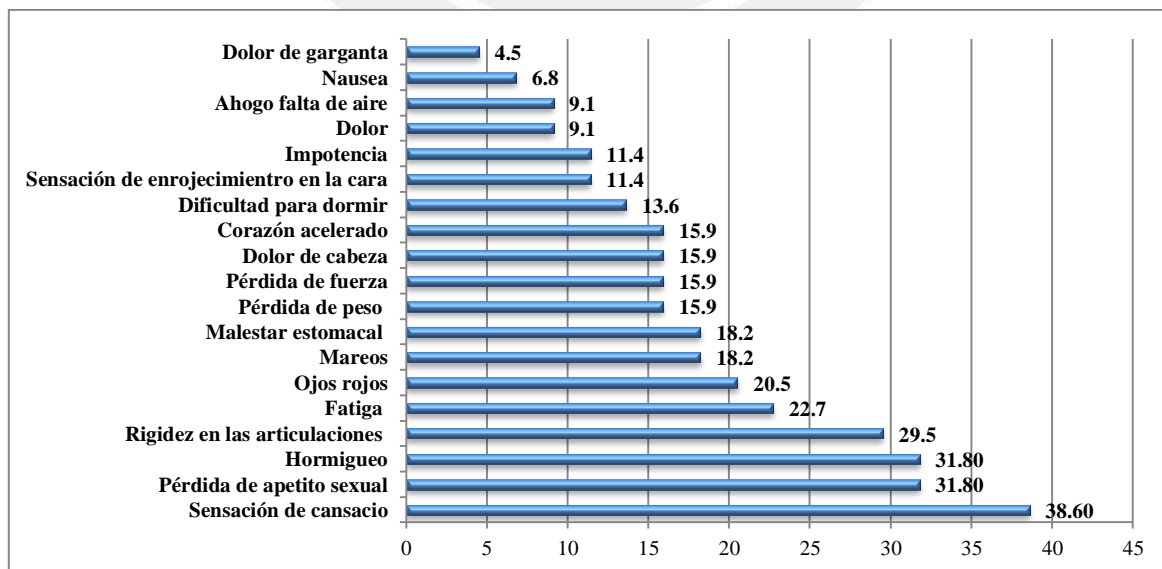
Es importante señalar que no se encontraron diferencias significativas al realizar las comparaciones según el grupo de edad de los participantes, lugar de nacimiento, estado civil, composición familiar, nivel educativo y tipo de tratamiento.

Continuando con las características personales y de enfermedad de los participantes se consideró importante a partir de la revisión teórica seleccionar aquellos factores que podrían tener cierta asociación con la CVRS. De esta manera, se encontró que la única correlación significativa fue entre el nivel de HbA1c y la dimensión de salud mental mostrando una asociación inversa moderada ($r = -.33; p = .025$). En otras palabras, se podría mencionar que mayores niveles de hemoglobina glicosilada se encuentran relacionados a niveles más bajos en la dimensión de salud mental de la CVRS que se asocia a los niveles de ansiedad, depresión y control emocional y conductual de los participantes.

La identidad de la diabetes se encuentra constituida por los síntomas que los pacientes experimentan y atribuyen a su enfermedad. Como se observa en el gráfico 3, en el caso del grupo estudiado se halló que los síntomas que mayor porcentaje de pacientes relacionaban a su diabetes fueron la sensación de cansancio (38.6 %), la pérdida del apetito sexual (31.8%), el hormigueo en las extremidades (31.8%), la rigidez en las articulaciones (29.5 %), la fatiga (22.7 %) y los ojos rojos (20.5 %).

Gráfico 3

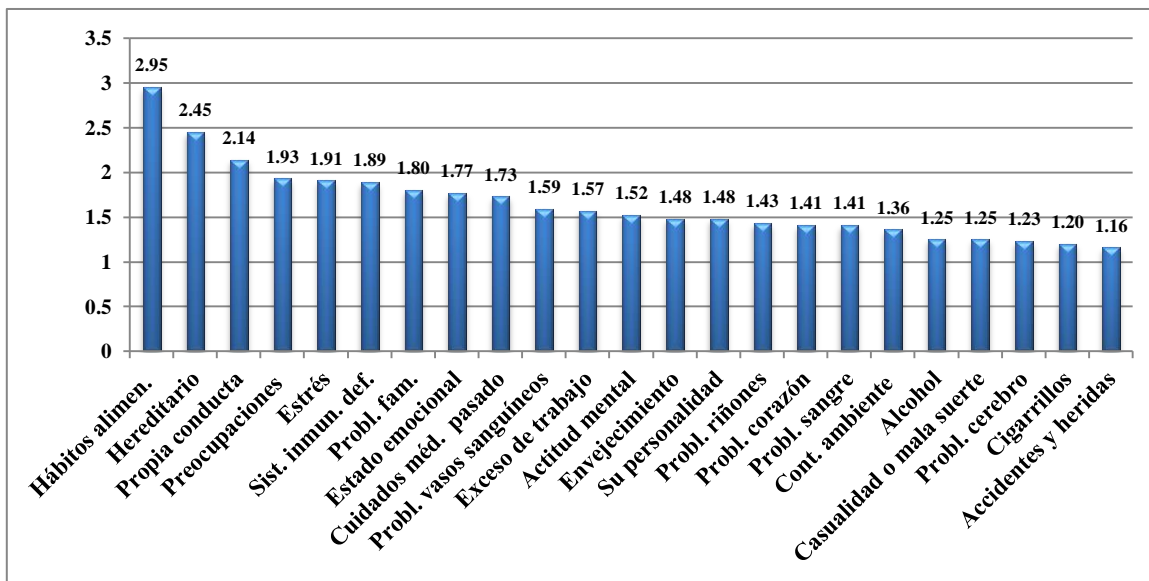
Síntomas experimentados relacionados a la diabetes



Por otra parte, en relación a las posibles causas que los pacientes atribuyen a su diabetes, se halló que la principal se encuentra vinculada a los hábitos alimenticios. En esa misma línea, otras causas atribuidas hicieron referencia a un componente hereditario, a la propia conducta de la persona, a las preocupaciones y el estrés experimentado a lo largo de la vida (gráfico 4).

Gráfico 4

Causas percibidas de la diabetes



Al comparar las escalas de la percepción de enfermedad con los datos sociodemográficos se encontró, como se demuestra en la tabla 3, que las personas sin pareja actual presentaban una percepción de control de tratamiento más baja que las personas que cuentan con una.

Tabla 3

Escala de percepción de enfermedad según estado civil

Estado civil	Sin pareja actual (N=9)		Con pareja actual (N=35)		t/U
	M	Mdn	M	Mdn	
Control tratamiento	8.11 (2.26)	7	9.57 (1.73)	9	91 ^a

^a Se utilizó la U de Mann-Whitney para las dimensiones que no presentaron normalidad

** p < 0.01

* p < 0.05

Al igual que con el constructo de CVRS se consideró importante a partir de la revisión teórica realizar análisis correlacionales entre las escalas de la percepción de enfermedad y algunos datos personales de los pacientes. Es así, que se encontró que las únicas que presentaban correlaciones significativas eran las de consecuencias y respuesta emocional con la edad de los participantes. De esta manera, se hallaron asociaciones negativas y moderadas entre la edad de los participantes y las escalas de consecuencias ($r=-.315$; $p=.037$) y respuesta emocional ($r=-.322$; $p=.033$).

Finalmente, las escalas del IPQ-R y las dimensiones de la CVRS del SF-36 fueron sometidas a un análisis correlacional y como se observa en la tabla 4 existen una serie de asociaciones entre dichas áreas. Más específicamente, desde las escalas de percepción de enfermedad, encontramos que la escala de consecuencias y respuesta emocional son las que presentan mayor cantidad de correlaciones significativas con las dimensiones de la CVRS. Es así, que la primera de ellas presentó asociaciones inversas, moderadas y significativas con todas las dimensiones de CVRS menos con la de función física. La escala de respuesta emocional presentó por un lado correlaciones inversas y moderadas con función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, salud mental y el componente de salud mental y; por otro, una asociación inversa y alta con la dimensión de función social. Asimismo, se encontró que la escala de control personal del paciente presentó asociaciones positivas y moderadas con las dimensiones de rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad.

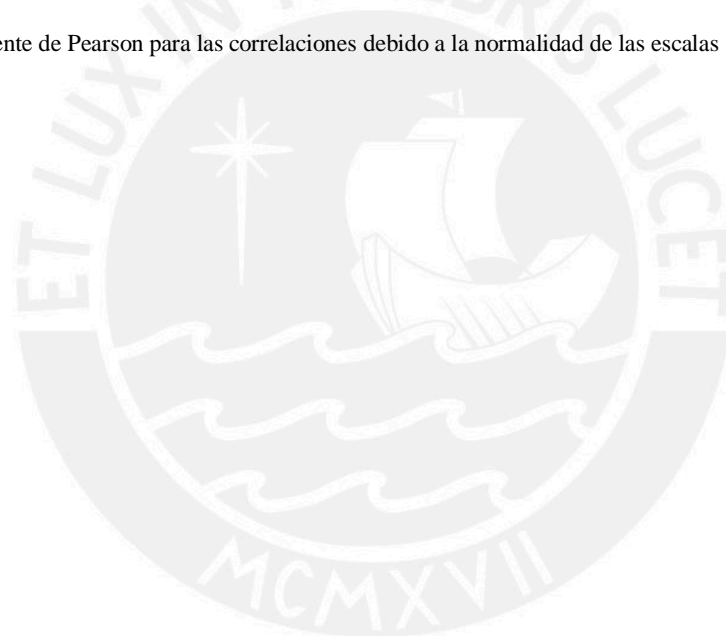
Bajo otra forma, desde las dimensiones de la CVRS, se observa que la de dolor corporal presenta correlaciones significativas con todas las escalas de la percepción de enfermedad. Por un lado, se encontraron asociaciones positivas y moderadas con la de control paciente y control tratamiento; es decir, a menor intensidad de dolor y menor interferencia a causa de este en las tareas habituales, existe una mayor percepción de control personal y del tratamiento frente a la diabetes. De manera contraria, se halló correlaciones inversas y moderadas entre la dimensión de dolor y las escalas de consecuencias y respuesta emocional.

Tabla 4*Correlaciones entre CVRS y percepción de enfermedad*

	<i>Control paciente</i>	<i>Control tratamiento</i>	<i>Consecuencias</i>	<i>Respuesta emocional</i>
Función física	.289	.206	- .281	- .315*
Rol físico	.358*	.095	- .385**	- .309*
Dolor	.302*	.311*	- .309*	- .336*
Salud general	.308*	.261	- .351*^a	- .202
Vitalidad	.355*	.295	- .419**^a	- .393**
Función social	.293	.292	- .419**	- .547**
Rol emocional	.271	.317*	- .335*	- .248
Salud mental	.227	.235	- .376*	- .428**
CSF	.345*	.222	- .381*	- .347
CSM	.303*	.318*	- .417**	- .427**

**p< 0.01

*p< 0.05

^a Se empleó el coeficiente de Pearson para las correlaciones debido a la normalidad de las escalas



Discusión

La diabetes es una enfermedad crónica con gran prevalencia en el Perú y el mundo (MINSA, 2012; OMS, 2013) que implica un deterioro constante sobre la calidad de vida y exige un alto grado de adaptación (Mena et al., 2006; Acosta y Sánchez, 2009; Árcaga-Domínguez et al., 2005; Oblitas, 2004). Según lo explicado, para contar con estrategias de control y prevención de la DM2, es de gran importancia el estudio de los factores relacionados a la CVRS, como lo es la percepción de enfermedad.

De manera general, se puede indicar que los pacientes con diabetes del estudio presentaron un buen funcionamiento en los índices globales de salud física y mental de la CVRS; en efecto, al mostrar una tendencia superior al promedio, reflejan una calidad de vida preservada. Si bien es cierto que las dimensiones de salud general y rol emocional se ubican en el promedio, son las más bajas del grupo; en consecuencia, son las áreas de menor funcionalidad. Esto muestra una tendencia en los participantes a presentar una valoración negativa sobre su salud y a considerar que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras habilidades diarias.

Según distintos estudios, la calidad de vida en pacientes con DM2 es socavada principalmente por la existencia de complicaciones relacionadas a la enfermedad y éstas pueden ser controladas y/o retrasadas a través de un buen control glucémico (Mena et al., 2006; Paddison et al., 2008; Salazar et al., 2012; Vicente et al., 2008). Por ello, es probable que la calidad de vida de los participantes del presente estudio no se vea tan deteriorada como en otros, ya que la mayoría de ellos no presentan complicaciones a causa de la diabetes y más de la mitad mantienen sus niveles de HbA1c dentro de los parámetros esperados.

De la misma manera, como se menciona previamente, el proceso por el cual los individuos internalizan eventos internos y externos relacionados a su enfermedad nos dará luces acerca de cómo se ajustarán a ella (Ruda, 2011). Así, lo primero que hará una persona frente al diagnóstico de diabetes será darle una identidad a su enfermedad; es decir, darle un nombre y características particulares según la información que maneja y los síntomas que ha ido experimentando y que atribuye a ella (Beléndez et al. 2005; Ogden, 2007; Quiles et al., 2009). En el caso del grupo estudiado, se halló que los síntomas que mayor porcentaje de pacientes relacionaban con su diabetes son la sensación de cansancio, la pérdida del

apetito sexual, el hormigueo en las extremidades, la rigidez en las articulaciones y los ojos rojos. Es así que vale la pena destacar que todos los síntomas señalados por los participantes son característicos de la diabetes (International Diabetes Federation, 2013; Taylor, 2013), lo que evidenciaría una percepción de identidad de la enfermedad desarrollada y ajustada a la realidad. Ello podría relacionarse también a los buenos niveles de CVRS obtenidos por el grupo (Vinaccia y Quinceno, 2011).

Por otra parte, en relación a las posibles causas que los pacientes del estudio atribuyeron a su diabetes, se halla que las principales se encuentran vinculadas a los hábitos alimenticios, a un componente hereditario, a la propia conducta y al estrés experimentado a lo largo de la vida. Así, las principales causas mencionadas por los participantes coinciden con las causas reales de la diabetes vinculadas principalmente a una influencia genética y a estilos de vida inadecuados (Amigo et al., 2003; Díez, 2006). Sin embargo, encontramos que algunas personas todavía consideran que esta enfermedad puede ser también contraída a través de la contaminación del ambiente, de accidentes o heridas o problemas en el cerebro, los vasos sanguíneos o los riñones.

El hallazgo anterior da cuenta de la importancia de que las instituciones, además de brindar las indicaciones médicas sobre el tratamiento, acompañen al paciente recientemente diagnosticado con espacios de psicoeducación. Con toda seguridad, estos son uno de los recursos más eficaces para favorecer a los pacientes crónicos; ya que se encuentran relacionados a una buena adherencia terapéutica (Medel y Gonzáles, 2006 como se cita en Canales y Barra, 2014). En esa línea, otras fuentes indican que no es suficiente que las instituciones de salud informen al paciente sobre su enfermedad sino que promuevan grupos de apoyo que tengan como propósito empoderar al paciente y volverlo agente activo de sus propios procesos de salud a través del acompañamiento recíproco de otros en su misma condición (Vinegra, 2006).

En relación con el objetivo principal del estudio, los resultados coinciden con la teoría de autorregulación de enfermedad de Leventhal planteada en 1980 que muestra que las percepciones de enfermedad construidas por los pacientes regulan su comportamiento en relación a las estrategias de afrontamiento, adherencia al tratamiento, expectativas de salud en el futuro y su CVRS (Ogden, 2007; Petrie & Weinman, 2006; Quinceno y Vinaccia, 2010; Vinaccia y Quinceno, 2011). Más específicamente, en la presente

investigación se encontró que las escalas de consecuencias y respuesta emocional son las que presentan más cantidad de correlaciones significativas con las dimensiones de la CVRS. Dichos resultados coinciden con otras investigaciones previas sobre los factores psicológicos de la calidad de vida en pacientes diabéticos (Paddison et al., 2008).

Así, una fuerte creencia de que la diabetes tiene serias consecuencias y respuestas emocionales negativas se encuentra relacionada con una CVRS más deteriorada. Para explicar dicho hallazgo Skinner y colaboradores (2006) encontraron que la percepción de consecuencias era un fuerte predictor de estrés y depresión en pacientes diabéticos lo que a su vez afectaba la percepción de calidad de vida de los participantes. En ese sentido, es posible que gran parte de la carga de la diabetes no solo esté compuesta por una vida de convivencia con síntomas o complicaciones sino también del temor a desarrollarlas en el futuro.

Por su lado, Parschlides y colaboradores (2004) hallaron que tanto los síntomas de ansiedad y depresión como la percepción negativa de la diabetes (mayor cantidad de síntomas percibidos, mayores consecuencias y menor control personal) se asociaban con una CVRS más deteriorada tanto en el funcionamiento físico como en el mental. En esa línea, plantean que una posibilidad es que las creencias negativas relacionadas con la diabetes funcionen como mediador entre los síntomas de depresión y ansiedad y una alteración de la CVRS. Por lo explicado a lo largo de los últimos párrafos, sería importante realizar otro tipo de análisis en futuras investigaciones para así determinar con seguridad la forma en que interactúan los constructos estudiados.

Asimismo, se encontró que la percepción de que es posible controlar personalmente el curso de la diabetes se asocia a niveles de CVRS más altos en diversas dimensiones. Este hallazgo se encuentra respaldado con estudios como el mencionado anteriormente de Paddison y colaboradores (2008) y otros previos relacionados a la autoeficacia en pacientes diabéticos (Griva et al., 2000), concepto que tiene bases comunes con el del control personal. Igualmente, estudios realizados por Nakahara y colaboradores (2006) y Pérez y Martínez (2011) evidencian que una mayor autoeficacia es un predictor importante de conductas de autocuidado, como el ejercicio y el cumplimiento de una dieta, bases del esquema terapéutico, relacionados con un mejor control glucémico y mejores niveles de

calidad de vida (Oblitas, 2004; Oviedo & Reidl, 2007; Pineda et al., 2004a; Taylor, 2003; Vicente et al, 2010; Vinaccia et al., 2006).

De manera similar, una investigación realizada por Grembowsky y colaboradores (1993) agrega que las personas con una alta autoeficacia percibida no solo tienen una mayor probabilidad de realizar conductas de autocuidado sino que también son más optimistas sobre los resultados de estas. Además, son más propensas a desarrollar menos síntomas depresivos, a recuperarse más rápido de alguna enfermedad y a valorar su estado de su salud como más positivo en comparación con pacientes con una baja autoeficacia percibida (Como se cita en Olivari y Urrea, 2007).

Por otro lado, en cuanto a la dimensión de dolor de la CVRS, se halló que un mayor nivel de dolor y una mayor interferencia de éste en las tareas habituales de una persona se encontraban asociados a una menor percepción de control personal frente a la enfermedad y a respuestas emocionales negativas. En relación a ello, Truyols y colaboradores (2008) en una revisión teórica sobre los aspectos psicológicos en el estudio y tratamiento del dolor crónico señalan que los estilos de afrontamiento con mayor percepción de control se asocian a un mejor funcionamiento físico y psicológico. En esa misma línea, se halló que las creencias de autoeficacia y expectativas de resultado se encuentran normalmente vinculadas con un mejor afrontamiento, menor depresión y, en consecuencia, una mayor adaptación y ajuste al dolor.

El componente afectivo del dolor también ha sido profundamente estudiado y los hallazgos muestran que la depresión y la ansiedad son las emociones que aparecen con más frecuencia y se asocian tanto con la etiología y el mantenimiento del dolor como con el grado de incapacidad funcional y la asistencia a centros de salud (Moix-Queraltó, 2005; Truyols et al., 2008). En primer lugar, en relación con la ansiedad, se plantea, por un lado, que experimentar durante un prolongado tiempo esta emoción genera un incremento de la percepción de los estímulos dolorosos (Pallarés y Pallarés, 1989 como se cita en Truyols et al., 2008). Por otro lado, la ansiedad puede ser entendida también como una reacción de estrés frente al dolor y la incapacidad, disminuyendo los niveles de tolerancia del sujeto. De otro modo, se propone además que el dolor posiblemente pueda generar estados depresivos en las personas que lo padecen al afectar sus capacidades personales para llevar a cabo sus

actividades cotidianas, lo que causa sentimientos de pérdida de control y autoeficacia (Moix-Queraltó, 2005; Truyols et al., 2008).

En síntesis, el análisis realizado sugiere que las percepciones personales de la diabetes pueden ser tan importantes como la severidad objetiva de la enfermedad al momento de explicar la calidad de vida de los participantes (Petrie & Weinman, 2006). Al parecer, las creencias acerca de las consecuencias de la diabetes, la respuesta emocional que esta enfermedad genera y el control que uno siente sobre ésta se asocian a la calidad de vida de los participantes. En ese sentido, se observa que una gran proporción de los pacientes son conscientes de las complicaciones que vienen con su enfermedad y se encuentran preocupados por ellas. Por ello, será fundamental que, cuando se discutan las potenciales consecuencias de la diabetes en la consulta médica, se utilice también un enfoque emocional (Paddison et al., 2008). Asimismo, según Avedaño y Barra (2008) esto representaría un intento de motivar una participación más activa dentro del mantenimiento y cuidado diario de su condición al fortalecer la idea de que son ellos los principales responsables. De esta manera, se reforzaría a su vez la creencia de control personal frente a la enfermedad, lo que traería beneficios sobre su CVRS.

Ahora bien, luego de haber analizado las asociaciones entre los dos constructos principales del estudio, se pasará a discutir los hallazgos en torno a las características sociodemográficas y de enfermedad.

En cuanto a la CVRS y el sexo, se encontró que los hombres presentan niveles más altos que las mujeres en todas las dimensiones. Así, los resultados encontrados por Vinaccia y colaboradores (2006) a través de una regresión lineal entre ambas variables mostraron que el sexo ejercía influencia sobre diversas dimensiones de la CVRS. Ello evidencia perfiles de salud-enfermedad diferentes entre hombres y mujeres. Según Rodríguez Marín (1995), lo mencionado anteriormente puede deberse a diferencias biológicas y de género que incluiría a su vez roles, recursos, expectativas culturales e identidad subjetiva (como se cita en Vinaccia et al., 2006).

Más específicamente, Misra y Lager (2009) hallaron que las mujeres eran más ansiosas sobre su enfermedad y mostraban mayores dificultades para cumplir con su tratamiento, ya que sus roles de cuidadoras principales y sus responsabilidades en el hogar interfieren con el desarrollo de sus conductas de autocuidado. Adicionalmente, Urzúa y

colaboradores (2011) añaden que las mujeres asisten con más cotidianidad a la consulta médica, lo que puede representar una mayor preocupación por su estado de salud o una mayor capacidad de insight sobre este.

Por lo explicado, es posible señalar que las mujeres necesitan programas especializados para el fomento y el mantenimiento de conductas de autocuidado y resolución de problemas en los que se trabajen también en relación a las barreras de género (Misra y Lager, 2009). Más aún, representa una tarea pendiente dentro de las políticas de salud a nivel nacional lograr suprimir las diferencias vinculadas a las oportunidades de obtener y mantener la salud entre hombres y mujeres (Gómez, 2002).

Por otra parte, se corroboró que las personas que presentaban algún tipo de complicación médica a causa de su diabetes evidenciaban niveles más bajos de CVRS (Mena et al., 2006; Paddison et al., 2008; Salazar et al., 2012; Vicente et al., 2008) en las dimensiones de rol físico y salud general. Dicho de otra forma, los participantes percibieron que dichas complicaciones interferían con su trabajo u otras actividades diarias, ya que probablemente causen o intensifiquen el malestar físico y emocional y exijan cuidados que deban realizarse dentro de los horarios laborales. En esa línea, resulta importante entonces contar con un apoyo social en el ámbito laboral para que no se vea perjudicada la adherencia al tratamiento de los pacientes (Azzolini et al., 2011).

Por lo antes descrito, es posible también que la valoración personal acerca de su salud se vea más afectada que la de las personas que no desarrollan complicaciones. Cabe resaltar que algunas investigaciones muestran que la fuerza de la relación entre las complicaciones relacionadas a la diabetes con la calidad de vida puede ser sensible a la frecuencia de las mencionadas complicaciones o al adecuado control de éstas (Salazar et al., 2012; Urzúa et al., 2011).

Por último, al igual que en otros estudios previos, se halló que un nivel más alto de hemoglobina glicosilada se encontraba asociado a niveles más bajos en la dimensión de salud mental de la CVRS (Mena et al., 2006; Nakahara et al., 2006; Paddison et al., 2008). Es posible que al ser el nivel HbA1c uno de los pocos indicadores objetivos del cumplimiento del tratamiento y la eficacia de este, al obtener resultados desfavorables, los pacientes tienden a experimentar ciertos niveles de ansiedad y depresión. Otra posible explicación es la propuesta de Mena y colaboradores (2006), quienes señalan que el peor

estado subjetivo de salud de los enfermos con niveles más elevados de HbA1c se relaciona con los síntomas derivados de la hiperglucemia y no con el conocimiento del nivel del indicador.

Por otra parte, en relación a la percepción de enfermedad, se encontró que las personas sin pareja actual presentaban una percepción de control de tratamiento más baja que las personas que cuentan con una. En general, la literatura indica que el soporte social aumenta el nivel de aceptación de la enfermedad (Misra & Lager, 2009) permitiendo desarrollar una percepción más positiva del ambiente y facilitando la interacción con los profesionales de la salud (Canales y Barra, 2014). En ese sentido, una pareja puede ser un factor favorecedor del tratamiento al apoyar a la persona diabética con las conductas de autocuidado, lo que generaría una mayor adherencia y a su vez una mayor satisfacción con los resultados del mencionado tratamiento (Azzollini et al., 2011; Urzúa et al., 2011).

Finalmente, se halló que a mayor edad los participantes percibían su diabetes como menos grave y con menos consecuencias y respuestas emocionales negativas. Dicho resultado concuerda con el encontrado por Séculi, Fusté, Brugulat, Juancá, Rué y Guillén (2001) en donde se mostraba que el impacto de una o varias enfermedades crónicas en la percepción de mala salud disminuye a medida que aumenta la edad de una persona. Según los autores esto podría evidenciar diferencias según grupos de edad en relación a la adaptación a una enfermedad y en las expectativas de vida. En la misma línea, es posible que los pacientes con edades más avanzadas muestren también mayores niveles de entendimiento (Searle et al., 2007) y aceptación frente a su enfermedad (Urzúa et al., 2011).

Tras haber revisado los principales resultados de la investigación, con respecto a los instrumentos utilizados es posible mencionar que las características de éstos, principalmente el vocabulario y formato utilizado en el IPQ-R, exigen aplicaciones más personalizadas. Al considerar la edad y el nivel educativo de los participantes, resultaría importante complementar la información obtenida con entrevistas semi-estructuradas para de esta manera asegurar una adecuada recopilación de los datos.

En esa línea, se observa que el SF-36 funciona apropiadamente en el grupo estudiado, lo que evidencia niveles de confiabilidad para sus dimensiones y componentes que superan notablemente el mínimo recomendado. Del otro lado, en relación al IPQ-R, se

encuentra que cuatro de las escalas funcionan adecuadamente mientras que dos de ellas, la de temporalidad cíclica y temporalidad crónica, resultan cuestionables por su bajo nivel de confiabilidad, así como por la presencia de ítems con correlaciones ítem-test negativas. Es probable que los ítems de dichas escalas resulten ambiguos y difíciles de comprender, generando confusión en los participantes. De esta manera, se puede observar que tanto el ítem 1: “Su diabetes es muy impredecible (no es contante)” y el ítem 23: “Su diabetes mejorará con el tiempo”, presentan una formulación susceptible de ser malentendida. Este hecho se vio además reflejado durante la aplicación en las frecuentes preguntas de los participantes solicitando una mayor aclaración.

Por lo explicado anteriormente, se recomienda seguir evaluando dicho instrumento en nuestro contexto y en personas que padecen de alguna enfermedad crónica. Asimismo, se sugiere adaptar otros cuestionarios o entrevistas que logren medir la complejidad de la percepción de una enfermedad, ya que es un constructo fundamental dentro de la psicología de la salud. De esta manera, profundizar en el estudio de este constructo permitiría además diferenciar tipos de pacientes según la representación que construyen de su enfermedad, lo que aumentaría el impacto de las intervenciones en relación a sus conductas de autocuidado dirigiéndolas a las características particulares de cada grupo (Letelier et al., 2011).

Como parte de las limitaciones del estudio, también es importante señalar que los análisis presentados pertenecen principalmente a adultos mayores que asisten a consulta externa en un hospital de Lima Metropolitana, lo que puede reflejar un sesgo de autoselección. En ese sentido, es posible que los sujetos que aceptaron participar en la investigación sean pacientes con mayor disposición a colaborar y podrían presentar características diferentes de los que decidieron no hacerlo mostrando niveles de CVRS más preservados. Asimismo, dichos resultados muestran las percepciones de un grupo específico y reducido de pacientes diabéticos, por lo que no es posible generalizarlos para toda la población que presenta esta enfermedad.

No obstante, aun teniendo en consideración las limitaciones mencionadas, esta investigación cumple con los propósitos planteados y representa una contribución dentro del estudio de la percepción de enfermedad en enfermedades crónicas en nuestro país. Se plantea que la información hallada por este estudio podría ser considerada tanto para la creación de campañas preventivas y de promoción de la salud como para programas que

permitan un mejor ajuste de los pacientes frente a su diabetes. Investigaciones actuales demuestran que las percepciones de enfermedad pueden ser modificadas a través de intervenciones cognitivas breves, particularmente en etapas iniciales de esta (Petrie y Weinman, 2006).





Referencias

- Acosta, I. y Sánchez, Y. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32.
- Alfaro, P. (2012). Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. *Tesis para optar por el título de licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Recuperado de www.pucp.edu.pe/repositorio/
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica (Barcelona)*, 104 (20), 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina clínica (Barcelona)*, 111, 410-416.
- American Diabetes Association (2013). *Todo sobre la diabetes*. Recuperado de <http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/>
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Árcega-Domínguez, A., Lara- Muñoz, C. y Ponce de León, S. (2005). Percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con Diabetes. *Revista investigación clínica*, 57(5), 676-684.
- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Avedaño, M.J. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
- Azzolini, S., Bail, V. y Vidal, V. (2011). Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anuario de investigaciones*, 18, 323-330.
- Ballesteros, M.D. y Álvarez, R.M. (2010). Puesta al día sobre el paciente diabético. Diabetes mellitus tipo 2. *Nutrición Hospitalaria*, 3(1), 23-34.

- Barrantes, M. (2010). Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Rev Med Hered*, 21, 118-127.
- Beléndez, M., Bermejo, R.M. y García, M.D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revises Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psychothema*, 17 (2), 318-324.
- Brink, E., Alsen, P. y Cliffordson, C. (2011). Validation of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in a sample of persons recovering from myocardial infarction- the Swedish version. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 573-579.
- Canales, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24(2), 167-173.
- Cameron, L., Leventhal, E. y Leventhal, H. (1993). Symptom Representations and Affect as Determinants of Care Seeking in a Community- Dwelling, Adult Sample Population. *Health Psychology*, 12(3), 171- 179.
- Díez, B. (2006). Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. *Investigación y educación en Enfermería*, 24 (1), 13-14.
- Gandek, B. y Ware, J. (1998). Methods for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires: The IQOLA Project Approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 953-959.
- Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulis, V. y Samonis, G. (2010). Illness perception in Greek patients with cancer: a validation of the Revised- Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncology*, 19, 85-92.
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud pública*, 11(5/6), 454-461.
- Griva, K., Myers, L. y Newman, S. (2000). Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 15, 733-750.
- Hager, M. y Orbell S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18 (2), 141-184.

- Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarrian, O. y Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An. Sist. Sanit. Nava.*, 30(1), 45- 52.
- Internacional Diabetes Federation. (2013). *About Diabetes*. Recuperado de <http://www.idf.org/about-diabetes>
- Keller, S., Ware, J., Bentler, P., Aaronson, N., Alonso, J., Apolone, G., Bjoner, J., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Sullivan, M. y Gandek, B. (1998). Use of Structural Equation Modeling Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries: Results from IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1179-1188.
- Laos, K. (2010). Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama. *Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Recuperado de www.pucp.edu.pe/repositorio/.
- Ledon, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23 (1), 76-97.
- Letelier, C., Núñez, D. y Rey, R. (2011). Taxonomía de Pacientes con Diabetes Tipo 2 Basada en sus Representaciones de Enfermedad. *Psyche*, 20(2), 115-130.
- López, T. (2011). Diabetes un problema de salud Pública. *Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú*, 20 (44), 926- 927.
- McAndrew, L., Musumeci-Szabo, T., Mora, P., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E., Leventhal, E., y Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process. *British Journal of Health Psychology* (13), 195-204.
- Mena, F.J. Martín, J.C. Simal, F., Bellido, J. y Carretero, J.L. (2006). Diabetes Mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. *Análisis de Medicina Interna*, 13(8), 357-360.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (2012). *Situación de las enfermedades crónica no transmisibles: Problema cáncer*. Recuperado de <http://bvs.minisa.gob.pe/local/minsa/2283.pdf>

- Misra, R. y Lager, J. (2009). Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes and its Complication*, 23, 54-64.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. y Buick, D. (2002). The Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Moix-Queraltó, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología*, 36(1), 37-60.
- Nakahara, R., Yoshiushi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H. y Kuboki, T. (2006). Prospective study on the influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with type 2 diabetes. *Journal of psychosomatic Research*. 47(3), 240-246.
- Nieto, J., Abad, M.A., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Interamericana.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology a textbook* (4th ed.). New York: Mc Graw Hill.
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de autocuidado. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Recuperado de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012). *La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453%3AAdiabetes-shows-upward-trend-in-the-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es

- Oviedo, M.T. y Reidl, L.M. (2007). Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(1), 31-42.
- Pacci, K., De la Cruz, C., Alzamora, A., Nureña, L., Olórtegui A. y Fernández, R. (2011). Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 126-129.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Nuñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Nuñez, E. y Del Val, J.L. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280-287.
- Paddison, C.A.M., Alpass, F.M. y Stephens, C.V (2008). Psychological factors account for variation in metabolic control and perceived quality of life among people with type 2 diabetes in New Zealand. *Internacional Journal of Behavioral Medicine*, 15, 180-186.
- Paschalides, C., Wearden, A.J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R y Dickens, C.M. (2004). The association of anxiety, depression and personal illness representation with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557-564.
- Pérez, C. y Martínez, A. (2011). Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as con diabetes y el impacto de su autoeficacia y el cuidado de la salud. *Salud y sociedad*, 2(1), 44-61.
- Petrie, K. y Weinman, J. (2006). Why illness perception matter. *Clin. Med.*, 6(6), 536-539.
- Pineda, N., Bermúdez, V., y Cano, C. (2004a). Nivel de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55923113>
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martínez, Y. y Cano, R. (2004b). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55923103>

- Quiles, Y., Terol M.C. y Marzo, J.C. (2009). Representación de la enfermedad, afrontamiento y ajuste en los trastornos alimentarios. *Clínica y Salud*, 20 (2), 159-175.
- Quinceno, J. y Vinnacia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25 (1), 56-83.
- Rivas, V., García, H., Cruz, A., Morales, F., Enríquez, R.M. y Román, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35.
- Ruda, L. (2001). Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad. *Revista de Psicología* 19(1), 151-201.
- Salas, G.G. (2009). Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico. *Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Recuperado de www.pucp.edu.pe/repositorio/
- Salazar, F. y Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia- Pacific Journal of Public Health*, 20(10), 1-9.
- Salazar, J., Gutiérrez, A.M., Aranda, C., Gonzáles, R. y Pando, M. (2012). La calidad de Vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Salud Uninorte*, 28(2), 264-275.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R. y Vedhara, K. (2007). A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 12, 621-638.
- Searle, A., Wetherell, M., Campbell, R., Dayan, C., Weinman, J. y Vedhara, K. (2008). Do patients' beliefs about type 2 Diabetes differ in accordance with complications: An investigation into diabetic foot ulceration and retinopathy. *Internacional Journal of Behavioral Medicine*, 15, 173-179.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juancá, S., Rué, M., y Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 217-223.

- Skinner, T.C., Carey, M.E., Cradock, S., Daly, H., Davies, M.J., Doherty, Y., Heller, S., Khunti, K. y Oliver, L. (2006). Diabetes education and self- management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND): Process modelling of pilot study. *Patient Education and Counseling*, 64, 369-377.
- Tavera, M. (2012). Representaciones del VIH/SIDA y percepción de riesgo en adolescentes de nivel socioeconómico bajo. *Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud*. Recuperado de www.pucp.edu.pe/repositorio
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology* (5th ed.). Nueva York: McGraw-Hill Higher Education.
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Hernández, J. y Buela, G. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. *Terapia psicológica*, 22 (2), 111- 121.
- Torres, J. (2011). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama. *Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Recuperado de www.pucp.edu.pe/repositorio
- Torres-López, T., Sandoval, M. y Pando-Moreno, M. (2005). Sangre y Azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Revista de Salud Pública de Río de Janeiro*, 21 (1), 101-110.
- Truyols, M.M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19 (3), 295-320.
- Tuesca, R. (2005). La calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 21, 76-86.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos Conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365.
- Urzúa, A., Chirino, A., y Valladares, G. (2011). Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica de Chile*, 139, 313-320.
- Vicente, B., Zerquera, G., Pereza, D., Castañeda, E., Irizar, J.L. y Bravo T. (2008). Calidad de vida en el paciente diabético. *MediSur*, 6(3), 22-28.

- Vicente, B., Zerquera, G., Rivas, E., Muñoz, J.A., Gutiérrez, Y. y Castañeda, E. (2010). Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *Medisur*, 8(6), 21-27.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer- Miranda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo- Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF- 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, 19(2), 135-150.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I.C., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de Vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13(1), 15-31.
- Vinaccia, S. y Quinceno, M. (2011). Resiliencia y Calidad de Vida con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 201-211.
- Vinegra, L. (2006). Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Revista médica del Instituto Mexicano de seguro social*, 44(1), 47-59.
- Ware, J. y Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Ware, J., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L. y Sullivan, M. (1998). The Factor Structure of the SF-36 Health Survey in 10 Countries: Results from IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1159-1165.
- Watkins, K., Connell, C., Fitzgerald, J., Klem, L., Hickey, T. y Ingersoll-Dayton, B. (2000). Effect of adult's self-regulation of diabetes on Quality-of-life outcomes. *Diabetes care*, 23(10), 1511- 1515.
- Wittkowaki, A., Richards, H., Williams, J. y Main, C. (2008). Factor analysis of the Revised Illness Perception Questionnaire in adults with atopic dermatitis. *Psychology, Health and Medicine*, 13(3), 346-359.
- Zúniga, M.A., Carrillo- Jiménez G. y Fos, P. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*, 41 (2), 110- 117.





ANEXO A CONSENTIMIENTO INFORMADO

Funcionamiento psicológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

Descripción

Usted está siendo invitado a participar en una investigación que tiene como propósito comprender el funcionamiento psicológico de los pacientes con diabetes tipo 2. Esta investigación es conducida por Camila Romero Calmet, alumna de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y que se encuentra bajo la supervisión de la Dra. Patricia Martínez.

Ud. fue seleccionado para participar en esta investigación por ser parte de un grupo de acompañamiento para pacientes diabéticos de un hospital de las fuerzas armadas. La información que se recoja será utilizada únicamente con fines de investigación académica. Esperamos que, en total, acepten integrar este estudio 30 pacientes aproximadamente.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y relacionados con su enfermedad y dos cuestionarios relacionados con los temas arriba mencionados. Este proceso durará entre 15 y 25 minutos aproximadamente. Si tiene alguna duda puede acercarse a la evaluadora y realizar las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

Por último, debido a que el resultado de la investigación será producto de un análisis grupal, no se le podrá devolver ningún tipo de resultado posteriormente.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

Integridad: Ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial.

Participación voluntaria: Tiene el derecho a abstenerme de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI ____ NO ____

Firma del participante

Fecha



**ANEXO B
FICHA DE DATOS**

1. Edad: _____

2. Sexo: Masculino () Femenino ()

3. Lugar de nacimiento:

 () Lima

 () Provincia. Especifique: _____

4. Estado Civil:

 Soltero(a) () Casado(a) ()

 Viudo(a) () Divorciado(a) ()

 Conviviente () Separado (a) ()

5. Composición familiar: (¿con quiénes vive actualmente?)

6. Religión: _____

 Practicante

Sí	No
----	----

7. Nivel educativo:

 () Secundaria incompleta

 () Secundaria completa

 () Técnico incompleto

 () Técnico completo

 () Superior incompleto

 () Superior completo

8. Grado:

9. Ocupación actual:

Datos sobre su enfermedad:

10. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron diabetes tipos 2?

11. ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento para la diabetes? Indique también en qué consiste su tratamiento (Dieta, ejercicio, antidiabéticos orales, inyecciones de insulina, etc.)

12. ¿Ha experimentado algún tipo de complicación a consecuencia de su diabetes? Si la respuesta es sí, indique cuál...

13. Evaluación nutricional. Si conoce su último índice de masa corporal, indíquelo

14. Si conoce su último nivel de hemoglobina glicosilada, indíquelo

ANEXO C

**CONFIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES Y COMPONENTES DE LA CALIDAD
DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (SF-36)**

Confiabilidad dimensiones y componentes del SF-36

<i>Escalas</i>	<i>Alfa de cronbach</i>
Función física	0.88
Rol físico	0.89
Dolor	0.70
Salud general	0.74
Vitalidad	0.85
Función social	0.86
Rol emocional	0.83
Salud mental	0.81
Componente salud física	0.92
Componente salud mental	0.92

ANEXO D

**CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD
(IPQ-R)**

Confiabilidad escalas del IPQ-R

<i>Escalas</i>	<i>Alfa de cronbach</i>
Temporalidad cíclica	0.21
Temporalidad crónica	0.26
Control paciente	0.64
Control tratamiento	0.50
Consecuencias	0.59
Respuesta emocional	0.83



