



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA Y DINAMICA FAMILIAR CON
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES TIPO 1, EN
ADOLESCENTES DE LIMA**

Tesis para optar por el título académico de Licenciatura en Psicología

AUTORAS:

**Carmen Rocío, Matías Córdova
Ivette Nathaly Midory, Rojas Vilca**

Asesor:

Mg. Giovanni Díaz Gervasi

Lima – Perú

2019

**Relación de la autoestima y dinámica familiar con la adherencia al
tratamiento de diabetes tipo 1, en adolescentes de Lima**

DEDICATORIA

A todas las personas que conviven con la diabetes y día a día luchan para tener una mejor calidad de vida.

A nuestros padres, por ser un pilar importante en nuestras vidas, por su apoyo incondicional, además de transmitirnos los deseos de superación y siempre creyeron en nosotras.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Católica Sedes Sapientiae, por ser nuestra alma mater, acogernos en sus aulas y brindarnos las herramientas para alcanzar los conocimientos.

A la Asociación de diabetes en niños y adolescentes por permitirnos conocer a los miembros y brindarnos su ayuda en todo momento.

A nuestros profesores de la facultad de ciencias de la salud por brindarnos el amor a esta hermosa carrera, la vocación de servicio y ayuda a los demás.

RESUMEN

Objetivo: se determinó la relación entre la autoestima, la dinámica familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en un grupo de adolescentes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1 de la Asociación de Diabetes en Niños y Adolescentes. **Materiales y métodos:** el tipo de estudio fue correlacional, no experimental, transversal. La muestra estuvo conformada por 30 adolescentes de 11 a 19 años. El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional. Se utilizaron el Inventario de Autoestima de Coopersmith versión escolar y para adultos; el cuestionario APGAR Familiar y una lista de chequeo de adherencia previamente aplicada en un piloto. Para el procesamiento de los datos se usó el software estadístico STATA versión 14. Para el análisis bivariado se utilizaron las pruebas Chi cuadrado y Anova. Se consideró una significancia estadística ≤ 0.05 . **Resultados:** el 50% de adolescentes tuvo autoestima alta, el 40% presentó una disfunción leve en la dinámica familiar y el 43.3% alta adherencia al tratamiento. Aunque no se halló relación entre la autoestima ($p= 0.294$) y la dinámica familiar ($p= 0.281$) con la adherencia al tratamiento, hubo relación entre los niveles de adherencia y el sexo ($p= 0.015$). **Conclusión:** las mujeres presentaron mayor adherencia al tratamiento respecto a los varones. Desde una perspectiva integral de la salud, se debe tener en cuenta que diversos factores como el sexo, las relaciones familiares, la autoestima, y el apoyo en salud puede estar involucrados en la adherencia al tratamiento de la DMI en adolescentes.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 1; Autoestima, Dinámica Familiar; Adherencia al tratamiento; Adolescentes

ABSTRACT

Objective: the relationship between self-esteem, family dynamics and the level of adherence to treatment was determined in a group of adolescents diagnosed with Type 1 Diabetes Mellitus of the Association of Diabetes in Children and Adolescents. **Materials and methods:** the type of study was correlational, not experimental, transversal. The sample consisted of 30 adolescents from 11 to 19 years old. The type of sampling was non-probabilistic, intentional. The Coopersmith Self-Esteem Inventory was used as a school and adult version; the APGAR Familiar questionnaire and a checklist of adherence previously applied in a pilot. For the processing of the data, statistical software STATA version 14 was used. For the bivariate analysis, the Chi square and Anova tests were used. A statistical significance was considered ≤ 0.05 . **Results:** 50% of adolescents had high self-esteem, 40% presented a slight dysfunction in family dynamics and 43.3% high adherence to treatment. Although no relationship was found between self-esteem ($p = 0.294$) and family dynamics ($p = 0.281$) with adherence to treatment, there was a relationship between adherence levels and sex ($p = 0.015$). **Conclusion:** women presented greater adherence to treatment compared to men. From a holistic perspective of health, it must be taken into account that various factors such as sex, family relationships, self-esteem, and health support may be involved in adherence to treatment of DMI in adolescents.

Key words: Self-concept, Family Relations, Type 1 Diabetes Mellitus, Treatment Adherence and Compliance, Adolescents

INDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INDICE	VII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Situación del problema	11
1.2 Formulación del problema	12
1.2.1 Problema general	12
1.2.2 Problemas específicos	12
1.3 Justificación e importancia del problema	13
1.4 Objetivos de la investigación	14
1.4.1 Objetivo General	14
1.4.2 Objetivos Específicos	14
1.5 Hipótesis de la investigación	14
1.5.1 Hipótesis General	14
1.5.2. Hipótesis Específica	15
CAPITULO II MARCO TEORICO	16
2.1 Antecedentes internacionales y nacionales de la investigación	16
2.1.1 Internacionales	16
2.1.2 Nacionales	18
2.2 Bases Teóricas	19
2.2.1 Antecedentes sobre la Diabetes	19
2.2.2 Diabetes y Tipos	20
2.2.2.1 Definición de Diabetes	20
2.2.2.2 Tipos de Diabetes	21
2.2.3 Autoestima	22

2.2.4 Dinámica Familiar	23
2.2.5 Adherencia al tratamiento y diabetes	24
2.2.6 Modelo ecológico para el abordaje integral de la DMI	25
CAPITULO III MATERIALES Y METODOS	30
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación	30
3.2. Población y muestra	30
3.2.1. Tamaño y descripción de la muestra	30
3.2.2. Selección del muestreo	30
3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión	30
3.2.3.1 Criterios de inclusión	30
3.2.3.2 Criterios de exclusión	31
3.3. Variables	31
3.3.1. Definiciones conceptual y operacional de las variables	31
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	33
3.4.1 Plan de recolección	33
3.4.2 Instrumentos	34
3.4.2.1 Inventarios de Autoestima de Coopersmith versión escolar y adultos	34
3.4.2.2 APGAR familiar	35
3.4.2.3 Lista de chequeo para medir la adherencia al tratamiento	35
3.4.2.4 Ficha de datos socioeconómicos	36
3.5 Plan de análisis e interpretación de la información	36
3.6 Ventajas y limitaciones	36
3.7 Aspectos éticos	37
CAPITULO IV RESULTADOS	38
CAPITULO V DISCUSION	42
CONCLUSIÓN	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente - Diabetes tipo 1 o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce - Diabetes tipo 2. Se calcula que en el 2014, el 8.5% de los adultos mayores de 18 años tiene diabetes (OMS, 2014).

La prevalencia mundial de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. (OMS, 2014) Se determinó que en el 2015 la diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muertes y otros 2.2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en el 2012. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el 2030.

En este sentido Vinaccia y Orozco, afirman que las enfermedades crónicas, alteran al paciente por el proceso de adaptación que implica, produciendo dificultades económicas, cambiando la visión que la persona tiene de sí misma y afectando las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Brannon y Feist, 2001).

Es posible encontrar en los sujetos un proceso de reestructuración de dichas áreas a consecuencia de la enfermedad y los desafíos que la misma impone. Y al ser diagnosticada en una edad temprana donde se desarrollan los principales cambios, existe mayor dificultad para la persona con esta condición de salud y la familia. Así mismo, en la adolescencia ocurren cambios a nivel físico y cognitivo que involucran la autopercepción, la autoimagen, la autovaloración entre otros aspectos psicológicos, teniendo en cuenta como un factor de importancia la autoestima.

La familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que se dan en la vida cotidiana, en consecuencia al tener una condición de enfermedad crónica, esta será su principal soporte.

Sin embargo también se va a generar conflictos que pueden afectar la funcionalidad familiar, Van Dyk refiere que las personas con diabetes tienen conflictos familiares que se centran en los problemas económicos consecuentes a los gastos extras que genera esta enfermedad (Van Dyk 2008).

En el presente trabajo se trató de hallar la relación entre la autoestima y la dinámica familiar con la adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1. Es importante tener conocimiento sobre estas variables en este grupo específico, debido a que algunos adolescentes que tienen esta condición atraviesan situaciones que pueden afectar a nivel personal, relaciones sociales e interacciones en la familia que influyen en su adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 SITUACIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes según la organización mundial de la salud es una enfermedad crónica que se origina cuando el páncreas no produce suficiente insulina o no la utiliza eficazmente generando hiperglicemia o una cantidad excesiva de glucosa en la sangre (OMS, 2017). La diabetes tipo 1 se caracteriza por la ausencia de producción de la hormona insulina, no se puede determinar la causalidad exacta ya que es considerada una enfermedad autoinmunitaria, es decir generada por el mismo organismo (ADA, 2012)

Según la OMS (2017) el número de personas con diabetes fue de 422 millones en 2014 y la prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. En el año 2017 se diagnosticaron 15 millones de personas con diabetes en Latinoamérica y en 10 años serán 5 millones más, un aumento mayor del esperado según el crecimiento poblacional. En el contexto nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) informó que en el 2015, el 2,9% del total de la población de 15 y más años de edad reportó tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud mientras que el 4,0% de la población que reside en la costa reportó tener diabetes mellitus. En la zona urbana se registró mayor incidencia de esta enfermedad 4,1% y en el área rural el 2,7%.

Esta condición de salud se caracteriza por presentarse en personas a edades muy tempranas, especialmente en niños y adolescentes. Los efectos más relevantes al presentar esta condición de salud, se dan en el drástico cambio del estilo de vida y el tratamiento riguroso que las personas deben seguir. Estos cambios son intensos y posiblemente muchos niños y adolescentes sean resistentes desde el diagnóstico de esta enfermedad.

Tener un diagnóstico sobre una enfermedad crónica como diabetes tipo I en un niño o adolescente puede influir en su autoestima o la manera en la que el individuo hace una evaluación de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación. (Coopersmith, 1967), Ya que está en formación, el concepto de sí mismo y las experiencias vividas, los menores pueden empezar a tener una imagen

autodevaluada de sí y sentir la pérdida de independencia por el tratamiento y las restricciones en su alimentación. (Mereciano, 2017).

Por otra parte, existe un impacto en la familia ante un diagnóstico de diabetes repercutiendo en la dinámica familiar, ya que se dan cambios y nuevas adaptaciones no solo en el paciente sino en los miembros, para mejorar la calidad de vida del niño/adolescente (Trejo Gonzales, 2005).

La persona afectada es insulino-dependiente (Himsworth, 1936). De esta manera el tratamiento con insulina es fundamental para mantener un adecuado control de los niveles de glucosa. Es por eso que se requiere niveles altos de adherencia al tratamiento que influyen en el estilo y calidad de vida de las personas afectadas.

De esta manera el objetivo principal de la presente investigación fue determinar la relación entre la autoestima, la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento en adolescentes con Diabetes Tipo 1 de la asociación juvenil Asociación de Diabetes en Niños y Adolescentes.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

De acuerdo a lo manifestado, la pregunta que surgió para la investigación es:

¿Existe relación entre la autoestima y la dinámica familiar con los niveles de adherencia al tratamiento en adolescentes con Diabetes Tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuáles son los niveles de la autoestima en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?

¿Cuáles son los niveles de la dinámica familiar en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?

¿Cuáles son los niveles de la adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?

¿Cuál es la relación entre la autoestima y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?

¿Cuál es la relación entre la dinámica familiar y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?

¿Cuál es la relación entre los niveles de adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

En esta investigación se buscó determinar específicamente el impacto de la autoestima y dinámica familiar en adolescentes con Diabetes Tipo 1 y encontrar la relación con la adherencia al tratamiento.

Según el INEI el 3.3% de las personas de 15 años a más fue diagnosticado por profesionales de salud con diabetes mellitus, en el año 2017 la cifra mayor en 0.4 punto porcentual, en comparación con el año 2016. Su incidencia según el sexo, fue mayor en hombres (3.6%) que en mujeres (3.0%). (INEI, 2017). En el aspecto de la salud, este estudio contribuye a la concientización de la problemática de la Diabetes Tipo 1, es decir, las personas solo conocen el término diabetes en general y no saben que existen tipos de diabetes y cuáles son las diferencias entre ellas, además contribuye a que se conozcan cuáles son las causas que la generan, así como aclarar los mitos sobre esta enfermedad como por ejemplo decir que le dio diabetes por comer dulces o pensar que solo les da diabetes a las personas mayores (adultos) o que te contagiaron, y también optimizar los procedimientos para el tratamiento (dentro de ellos se encuentran los controles); persuadir a que el médico es un aliado más para mantener una estabilidad de la glucosa y así no tener dificultades con los pacientes que no continúan con el tratamiento o no asisten periódicamente a sus controles.

El estudio ofreció a los participantes 4 talleres de autoestima para el fortalecimiento de ella y para que esta pueda contribuir a la adherencia al tratamiento.

Dado a que la Diabetes Tipo 1 va aumentando, se debe de estar preparado para afrontar sin ningún tipo de prejuicio, pues el objetivo general es que estas personas lleven una vida normal; esto quiere decir que pueden desempeñarse eficientemente en cualquier campo de la vida y su procreación. Es necesaria la difusión y orientación en las buenas prácticas del manejo en el tratamiento por medio del gobierno y los

medios de comunicación y de esa manera atenuar las consecuencias que conlleva esta enfermedad; y a futuro tener un programa para pacientes con diabetes tipo 1, ya que es un tratamiento de costo elevado para el adolescente y la familia.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la autoestima, la dinámica familiar y los niveles de adherencia al tratamiento en adolescentes con Diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.

1.4.2 Objetivos Específicos

Describir los niveles de la autoestima en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A

Describir los niveles de la dinámica familiar en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A

Identificar los niveles de la adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A

Determinar la relación entre la autoestima y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A

Determinar la relación entre la dinámica familiar y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A

Determinar la relación entre los niveles de adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

H (+): Existe relación estadísticamente significativa entre autoestima, la dinámica familiar y los niveles de adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.

H (0): No existe relación significativa entre autoestima, la dinámica familiar y los niveles de adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.

1.5.2. Hipótesis Específicas

- HE 1 (+) Existe relación significativa entre la autoestima y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.
- HE 1 (-) No existe relación significativa entre la autoestima y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.
- HE 2 (+): Existe relación significativa entre la dinámica familiar y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.
- HE 2 (-): No existe relación significativa entre la dinámica familiar y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.
- HE 3 (+): Existe relación significativa entre los niveles de adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.
- HE 3 (-): No existe relación significativa entre los niveles de adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES Y NACIONALES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacionales

En el entorno internacional, Rausch y cols. (2012) realizaron un estudio sobre “Cambios en la adherencia al tratamiento y el control glucémico durante la transición a la adolescencia en la diabetes tipo1”. Los resultados indicaron que la hemoglobina glicosilada aumentó de 8.2 a 8.6% y la frecuencia de monitoreo de glucosa en sangre disminuyó de 4.9 a 4.5 controles por día durante el periodo de 2 años. Los cambios en la pendiente de la frecuencia de monitoreo de glucosa en sangre predijeron cambios en la hemoglobina glicosilada. La magnitud del efecto de la disminución de la adherencia al tratamiento en el control de la glucemia en adolescentes jóvenes puede ser incluso mayor que la disminución observada entre los adolescentes mayores. La frecuencia de monitoreo de glucosa en sangre ofrece una poderosa herramienta para el control dirigido del control glucémico para la diabetes tipo 1 durante la transición crítica a la adolescencia.

Por su parte, Herzer y Hood (2009) realizaron el estudio sobre Síntomas de ansiedad en adolescentes con diabetes tipo 1 y asociación con control de glucemia y control glucémico. Los resultados indicaron que los síntomas de ansiedad rasgo que sugieren que se necesita una evaluación clínica adicional estaban presentes en el 17% de los adolescentes; la tasa fue del 13% para los síntomas de ansiedad de estado. Niveles más altos de los síntomas de ansiedad estado se asociaron con menos frecuente monitorización de la glucemia, y control glucémico suboptimo. Los síntomas de ansiedad de estado se correlacionaron con la frecuencia de monitorización de la glucemia y el control glucémico independientemente de los síntomas depresivos.

Asimismo, Naar-King, Idalski, y cols. (2005) realizaron un estudio sobre Diferencias de género en adherencia y control metabólico en jóvenes urbanos con diabetes tipo 1 mal controlada y el papel mediador de los síntomas de salud mental. Los resultados fueron los varones tenían peor adherencia que las niñas, pero no hubo diferencias de género en la hemoglobina glicosilada. Los niños

tenían más síntomas de externalización, mientras que las niñas tenían más ansiedad; no hubo diferencias de género en la depresión. Los síntomas de externalización se asociaron con mala adherencia y control metabólico. Si bien la ansiedad se correlacionó, esta relación no fue significativa en el análisis de la varianza. Los resultados del modelado de ecuaciones estructurales surgieron que los síntomas de externalización mediaban la relación entre el sexo y la adherencia.

Por otro lado, Streisand, Swift, Wichmark, Chen y Holmes (2005) realizaron un estudio sobre “El estrés de la crianza pediátrica entre los padres de niños con diabetes tipo 1: el papel de la autoeficacia, la responsabilidad y el miedo”. Los análisis bivariados sugirieron que el estrés de la crianza pediátrica es multifacético; la frecuencia del estrés parental se relaciona negativamente con la edad del niño y el estado socioeconómico de la familia y se relaciona positivamente con el estado del padre soltero y el estado del régimen (inyecciones frente a la bomba de insulina). La dificultad de ser padres y el estrés se relaciona negativamente con la edad del niño y se relaciona positivamente con el estado del régimen. En análisis multivariados, una parte significativa de la varianza en frecuencia de estrés (32%) y dificultad (19%) se asocian con el funcionamiento conductual y psicológico de los padres, incluida una menor autoeficacia, mayor responsabilidad en el manejo de la diabetes y mayor temor a la hipoglucemia.

En Chile, se realizó un estudio de corte biomédico sobre los “Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1” (ORTIZ, 2004). Se determinaron las tasas de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y qué factores psicológicos y sociales se relacionan con ésta. Los participantes fueron 61 adolescentes entre 12 y 18 años de edad, integrantes de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile. De los participantes, un 50.8% presentaron una pobre adherencia al tratamiento y las variables que se asociaron a la adherencia fueron conocimiento sobre la enfermedad, la percepción de autoeficacia y el uso del esquema de tratamiento intensificado. Los de nivel socioeconómico alto presentaron mejor adherencia al tratamiento que los participantes de menor estrato.

Asimismo, Cohen, Lumley, Naar-King, Partridge, Cakan (2004) desarrollaron un estudio sobre los problemas de comportamiento infantil y el funcionamiento familiar como predictores de adherencia y control glucémico en niños económicamente desfavorecidos con diabetes tipo 1 (Child Behavior Problems and Family Functioning as Predictors of Adherence and Glycemic Control in Economically Disadvantaged Children with Type 1 Diabetes). Los resultados indicaron que un mejor control de la glucemia fue predicho por la alta cohesión familiar, la ausencia de problemas de comportamiento de externalización y la presencia de problemas de internalización. Además, las pruebas de moderación indicaron que un mejor control glucémico de seguimiento se produjo entre las niñas de familias de alta cohesión y los niños más pequeños de las familias de baja adaptabilidad. Aunque una mejor adherencia predijo un mejor control de la glucemia, la adherencia no midió las relaciones de los problemas de comportamiento o el funcionamiento familiar con el control glucémico.

En Estados Unidos, Anderson (2002) hizo un estudio sobre Adherencia al tratamiento en niños con diabetes tipo 1 en relación a conflictos familiares (Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes) donde los resultados indican que el conflicto y la adhesión al Monitoreo de Glucosa en Sangre (adherencia al tratamiento) está fuertemente relacionada con el control glucémico del niño, por ello para asegurar un control óptimo, puede ser beneficioso introducir intervenciones dirigidas a construir la participación familiar y la interacción positiva alrededor de tareas en la diabetes y en el curso temprano de la enfermedad.

Finalmente, Shroff, Kasmé, Miller, Donze, Swenson, Reeves (2002) realizaron un estudio de Apoyo entre pares y familiares en niños y adolescentes con diabetes tipo 1. Se halló que los adolescentes percibieron un mayor apoyo entre pares relacionado con la diabetes que los niños en edad escolar. El apoyo percibido por los pares y la familia no se correlacionó con el control metabólico. La participación de pares en la intervención se correlacionó con el control metabólico.

2.1.2. Nacionales

En el entorno nacional, Vargas (2017) realizó un estudio sobre “Ingesta excesiva de bebidas gaseosas como factor asociado a diabetes mellitus tipo 2”. La prevalencia en la población estudiada fue de 52.24%, es decir la ingesta excesiva de gaseosas y de gaseosas cero calorías son factores asociados a presentación de diabetes mellitus tipo 2 en adultos.

Calcino (2013) realizó un estudio sobre “Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 en pacientes que participan en un programa de atención al diabético Centro de Salud P. Díaz; Paucarpata – Arequipa 2005 – 2012. No se encontró ningún diabético tipo 1 y se describió las características clínicas y epidemiológicas así como las complicaciones de los pacientes DT2.

Por otro lado, Cabrera, Motta, Rodriguez y Velasquez (2009) realizaron un estudio sobre el “Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud. Se encontró que del total de pacientes que asistía al programa de diabetes el 54.7% presentó conocimiento medio, el 30.0% conocimiento bajo y 15.3% conocimiento alto; con respecto al autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas.

Finalmente, Tapia, Gino, Chirinos (2000) realizaron un estudio sobre “Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2 con infecciones adquiridas en la comunidad admitidos en los servicios de Medicina del Hospital Cayetano Heredia. Se determinó que los diabéticos tipo 2 presentan mayormente un bajo nivel de instrucción, encontramos frecuentes complicaciones micro y macrovasculares, inversión de la relación albúmino/globulina y dislipidemia. La estancia hospitalaria fue prolongada, sobretodo en el grupo que desarrolló sepsis.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Antecedentes históricos de la Diabetes

La palabra “Diabetes” se origina del griego diabetes que se denomina “correr a través”, en referencia a la gran cantidad de orina que regularmente tiene que eliminar una persona con esta condición.

Las primeras referencias en la historia sobre la diabetes son muy antiguas. Nombrando al papiro de Ebers, el cual fue descubierto en Egipto y que sitúa del año 1550 antes de Cristo, en este tiempo ya se tenían en cuenta los síntomas principales de la diabetes. Por esta misma época, unos practicantes de medicina tradicional de la India utilizaron una prueba con sus pacientes, en la que les pedían que orinaran en la tierra, y a su vez ellos visualizaban si las hormigas se veían atraídas por la orina, puesta esta los podía comprobar si la persona era diabética o no. Entre las antiguas escrituras de la India describían la diabetes como una enfermedad de “orina con sabor a miel”. En el año 129 Galeno de Pérgamo describió los síntomas principales de la diabetes entre ellos se encuentran: exceso de orina, abundante sed, hambre, pérdida de peso.

El término “Diabetes Mellitus” donde la palabra “Mellitus” proviene del griego “mel”, quiere decir “miel”. Thomas Willis en el año 1675, descubrió que la orina de un paciente diabético tenía sabor dulce, como la miel. Este probó la orina de un paciente diabético y descubrió que era bien dulce, lo cual ocurre debido al incremento de glucosa.

A finales del siglo XIX, un farmacéutico francés, Apollinaire Bouchardat, decía que la diabetes estaba relacionada con la obesidad y a la vida sedentaria. Para el año 1880 Bouchardat (Padre de la diabetología) recomendaba una dieta baja en carbohidratos para controlar la enfermedad.

2.2.2 Definición de Diabetes y Tipos

2.2.2.1. Definición de Diabetes

Definición: La diabetes es un desorden metabólico. El páncreas no segrega la adecuada cantidad de insulina para procesar y utilizar los carbohidratos refinados, los almidones y las azúcares de forma adecuada.

La diabetes es una enfermedad que si no se detecta y controla a tiempo puede generar complicaciones agudas y crónicas. Es importante que los padres estén informados de riesgos que pueden aparecer a corto o largo plazo si es que no se tiene los niveles de glucosa dentro del rango, con el objetivo de retrasar la aparición en la vida adulta y manteniendo estilo de vida saludable.

2.2.2.2. Tipos de Diabetes

Diabetes Tipo 1:

A la Diabetes Tipo 1 también se le denomina: “diabetes mellitus insulino dependiente” o “diabetes juvenil”. Se le denomina también “diabetes juvenil”; ya que es una diabetes que suele acontecer antes de los treinta años de edad. Alrededor de cada veinte diabéticos, al menos uno padece de Diabetes tipo 1, por lo cual aqueja a un 5% de los diabéticos. En consecuencia, los diabéticos Tipo 1 son la minoría entre la población de diabéticos.

La Diabetes Tipo 1 origina la destrucción de las células del páncreas que causan la hormona insulina, es por eso que las personas que padecen de Diabetes Tipo 1 se vuelven dependientes de inyecciones diarias que contienen insulina para poder sobrevivir. La Diabetes Tipo 1 se caracteriza por la carencia de producción de insulina.

Diabetes Tipo 2:

Este tipo de diabetes es más común en las personas, afecta aproximadamente al 95% de los diabéticos a diferencia de la diabetes de tipo 1 que afecta al 5%.

Inicialmente se le denominaba como “diabetes no-insulino dependiente” (la persona que padece de Diabetes Tipo 2 no necesita inyectarse insulina diariamente) o como “diabetes adulta”, ya que se daba en personas mayores de treinta años de edad. Esta es una enfermedad crónica, metabólica que se caracteriza por altos niveles de glucosa en la sangre, en la que las células del cuerpo están resistiendo la insulina, o en la que el páncreas no produce adecuada insulina.

Los síntomas de la Diabetes Tipo 2 son similares a los de la Diabetes Tipo 1, pero inicialmente son menos evidentes. Muchas personas pueden padecer Diabetes Tipo 2 sin darse cuenta que padecen de esta enfermedad, hasta que los síntomas afloran (orina excesiva, pérdida de peso, falta de energía, cansancio excesivo, etc.).

Anteriormente la Diabetes Tipo 2 solo se daba en adultos, pero en los últimos tiempos se ha estado dando con mayor frecuencia en los niños obesos.

Los dos tipos de diabetes (Diabetes Tipo 1 y Diabetes Tipo 2), son enfermedades crónicas, además en ambos la persona tiene que reducir carbohidratos, azúcar. En

ambos tipos de diabetes la persona tiene que cambiar su estilo de vida para poder beneficiar su metabolismo y dar un mejor aporte al tratamiento médico.

La diabetes mellitus tipo 1 o también conocido como insulino dependiente, es uno de los desórdenes crónicos del sistema endocrino más frecuentes en la niñez y la adolescencia. (Kyngäs, 2000)

2.2.3 Autoestima

Coopersmith (1967), Psicólogo Humanista, nacido en Nueva York conceptualiza autoestima como la evaluación que hace un individuo de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor. En síntesis, la autoestima es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta.

El desarrollo de la autoestima es un proceso que se va a llevar a cabo mediante fases que permiten el desarrollo, según Coopersmith (1990) son:

1° El grado de trato respetuoso, de aceptación e interés que el ser humano recibe de las personas significativas en su vida.

2° La historia de éxito, el status y la posición que tiene el sujeto en el mundo.

3° Los valores y las aspiraciones.

4° La manera singular y personal de responder a los factores que disminuyen la autoestima.

Dimensiones de la autoestima

Coopersmith (1976) señala que la autoestima posee cuatro dimensiones que se caracterizan:

1. Autoestima en el área personal: consiste en la evaluación que realiza el individuo con frecuencia mantiene de sí, con su imagen corporal y cualidades personales, considerando su capacidad es decir un juicio personal expresado en la actitud hacia sí mismo.

2. Autoestima en el área académica: es la evaluación que realiza el individuo en relación con su desempeño en el ámbito escolar teniendo en cuenta su capacidad.
3. Autoestima en el área familiar: se refiere a la evaluación que hace y frecuentemente mantiene con respecto a sí, en relación con sus interacciones con los miembros de su grupo familiar.
4. Autoestima en el área social: es la valoración que el individuo realiza y con frecuencia mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales.

La autoestima desempeñan un papel importante en cada persona y está relacionada con el éxito y el fracaso, la satisfacción de uno mismo. Además es importante para las distintas áreas del ser humano personal, familiar, profesional y social. Es decir que es un proceso largo que es determinado por experiencias personales y sociales.

Relación entre autoestima y diabetes tipo 1

La autoestima tiene relación con la diabetes tipo 1, ya que esta enfermedad se diagnostica en edades tempranas y está catalogada como crónica es decir que no hay una cura y solo se puede controlar para tener una buena calidad de vida. (Sudhir P. et al, 2001)

Pudiendo causar en el menor una autoestima baja porque se siente aislado, se autodesvaloriza, sea inseguro en sus decisiones llegando a afectar su autoimagen sintiéndose más dependiente y sentimientos de incapacidad; sin embargo hoy en día hay grupos de apoyo en donde pueden compartir experiencias similares y ya no se siente solos o aislados porque conviven con personas en su misma condición y le ayudaran en las dificultades que pueda tener con respecto al autocuidado. (Barrios R. et al., 2004).

2.2.4 Dinámica Familiar

Según Gabriel Smilkstein (1978) la familia es un grupo psicosocial formado por el paciente y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un

compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros y nutrirse física y emocional compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero.

Smilkstein identifica cinco funciones familiares que consideraba más importantes: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos. Y son estos factores que se toma en cuenta en su prueba sobre dinámica familiar.

Relación de la diabetes y la Dinámica familiar:

Cuando se diagnostica la diabetes tipo 1 generalmente es de manera abrupta y repentina, en consecuencia genera un gran impacto en el niño y su familia, desarrollando que la dinámica familiar empiece a tener disfunciones, porque los padres pueden discutir pensando quien es el culpable o no aceptan el diagnóstico. Una buena dinámica familiar entre los miembros de la familia, ayuda a que el proceso de adaptación, los autocuidados y la adquisición de nuevos conocimientos se pueden desarrollar de una manera adecuada; generando una buena adherencia al tratamiento y teniendo una mejor calidad de vida. (Sanz Font, 2007).

Así mismo, la dinámica familiar y la interacción con los miembros de la familiar constituyen un factor importante con el desarrollo de la autoeficacia, ya que si tienen algún miembro que también tiene diabetes y controla su diabetes puede ser de apoyo para que el menor (niño o adolescente) también lo logre. (Sanz Font, 2007).

Pero si nadie de los miembros tiene diabetes, el menor puede sentirse aislado sin embargo, también pueden valer de modelos positivos o negativos, esto va a depender que tan saludables son es su autocuidado. Tener muy en cuenta que los adultos tienen influencia directa en los menores. (Hidalgo C. et al, 1999).

2.2.5 Adherencia al tratamiento y diabetes

La adherencia al tratamiento está relacionada con las enfermedades crónicas ya que puede ocasionar problemas a corto o largo plazo; que va a influir en su desempeño laboral como social, con lo cual puede generar costos para la rehabilitación por secuelas que puede ocasionar. (Sudhir P. et al, 2001)

Según la Organización Mundial de la Salud, la no adherencia a los tratamientos debe ser considerada un problema de salud pública. En el caso de la diabetes,

estas secuelas pueden ser amputamiento de miembros superiores como inferiores, ceguera, problemas renales, neuropatías, etc. (OMS, 2012)

Las complicaciones son de dos tipos: Las complicaciones agudas se desarrollan cuando los niveles de glucosa son demasiado altas o muy bajas; siendo las más comunes la hiperglucemia, la hipoglicemia, así como también la cetoacidosis, infecciones, alteraciones de la piel y complicaciones en los pies (pie diabético). Las complicaciones crónicas más recurrentes son la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía estas enfermedades están asociadas a un control inadecuado de los niveles de glucosa por un tiempo más prolongado.

2.2.6 Modelo Ecológico para el abordaje integral de la DM I

El modelo ecológico lo desarrolló el psicólogo Urie Bronfenbrenner. Consta de un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo mediante los diferentes ambientes en los que puede interactuar; es decir influye de forma directa en su cambio y desarrollo cognitivo, moral y relacional. (Bronfenbrenner, 1987).

Se caracteriza por tener una visión más integral, sistémica y naturalista del desarrollo psicológico, por ende se entiende a este como un proceso complejo que responde a la influencia de una gran variedad de factores ligados al ambiente. Los ambientes naturales constituyen la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, por ende sobre el desarrollo psicológico de los individuos.

Los cuatro sistemas que conforman el modelo ecológico son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

Microsistema: determina el nivel más cercano a la persona. Este incluye los comportamientos, los roles y las relaciones características de los contextos cotidianos en los que se desenvuelve el individuo.

Conforma el contexto en el que la persona es capaz de interactuar cara a cara con los demás. Ambientes específicos que se englobarían en el microsistema serían el hogar, el puesto de trabajo, las relaciones con los amigos, etc.

Las características principales que presenta este primer sistema postulado son:

a) Relativamente estable

Los espacios y ambientes donde las personas permanecen durante la mayor parte de su día a día tienden a ser estables. El hogar, el puesto de trabajo, la escuela, las relaciones de amistades, etc. son elementos que no suelen estar sujetos a una gran variedad.

No obstante, en momentos concretos estos pueden modificarse y afectar de forma directa al individuo. Los elementos principales que pueden hacer variar el microsistema de una persona son: Cambio de residencia y de las personas con las que se convive, formación de una nueva familia, cambio de escuela o puesto de trabajo, padecimiento de alguna enfermedad que requiera hospitalización y cambio de amistades.

b) Los elementos del microsistema se retroalimentan

Los elementos que conforman el microsistema de una persona abarcan una multitud de variables y factores que interaccionan y se retroalimentan entre sí.

De este modo, el microsistema de un niño en la escuela puede afectar directamente a su microsistema familiar y viceversa. Todas las personas se ven expuestas a que las relaciones y dinámicas establecidas en un ambiente próximo puedan afectar a los otros.

c) Los microsistemas afectan directamente a la persona

Las relaciones establecidas en los microsistemas se caracterizan por ser las más influyentes en el desarrollo del individuo.

Dependiendo de lo que haga la persona en su día a día, los estímulos directos que reciba de los contextos y de la relación con las personas que interactúa marcan su desarrollo cognitivo, moral, emocional, ético y conductual.

Mesosistema: comprende las relaciones de dos o más entornos en los cuales el individuo participa activamente. Hace referencia a la retroalimentación entre microsistemas.

De este modo, el mesosistema se entiende como un sistema de microsistemas que se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno. Los elementos principales que determinan el mesosistema son:

a) Flujo de información

El mesosistema implica un amplio flujo de información entre microsistemas. Es decir, el individuo desarrolla el papel de comunicador entre personas que se encuentran interrelacionadas por él mismo.

La fluctuación de las comunicaciones desarrolladas en cada uno de los microsistemas asociados determinará la relación entre estos y el desarrollo del individuo en cada uno de ellos.

b) Potenciación de conductas

El mesosistema presenta uno de los elementos que posee una mayor capacidad para influir en el desarrollo personal de los individuos.

Este elemento trata de la potenciación de conductas. Es decir, de aspectos aprendidos y reforzados en dos microsistemas diferentes.

c) Establecimiento del apoyo social

Finalmente, el mesosistema establece el grado de apoyo social que posee una persona. Dependiendo de la interrelación y la complementación de los microsistemas, un individuo verá o no verá satisfechas sus necesidades de apoyo.

Los microsistemas de forma aislada no tienen capacidad de establecer el apoyo social de un individuo ya que especifican el funcionamiento en un entorno determinado. No obstante, el mesosistema permite analizar las relaciones personales del sujeto desde un punto de vista integrador.

Exosistema: incluye esos entornos en los que la persona no participa de una forma directa, pero en los que se producen hechos que afecta al funcionamiento del ambiente del individuo.

La persona no participa de forma directa en estos contextos (aunque en algunos sí puede llegar a hacerlo y pasar a ser un microsistema). Así mismo, los cambios o las alteraciones producidas en estos ambientes, suele repercutir de alguna forma en el individuo.

Los factores que pueden englobarse dentro del exosistema son:

a) Opinión de terceros

Las relaciones establecidas en el exosistema no atañen directa pero sí indirectamente a la persona. En este sentido, las opiniones de los demás acerca de uno mismo pueden modificar el desarrollo del individuo.

b) Historia previa

Estos elementos hacen referencia a conocidos o familiares del pasado que la persona no ha llegado a conocer.

c) Satisfacción con las relaciones de los allegados

Finalmente, la calidad relacional de los individuos más próximos a una persona determina el estado de satisfacción de estos.

Así mismo, la satisfacción personal de los sujetos con los que se comparte el día a día modula, en parte, el tipo de relación establecida. Por este motivo, la relación entre terceros afecta de forma indirecta al desarrollo del individuo.

Macrosistema: engloba todos esos factores ligados a la cultura y al momento histórico-cultural en el que se desarrolla la persona. Este hecho se explica por la enorme influencia que produce el macrosistema sobre los sistemas anteriores. La clase social, el grupo étnico y religioso, las costumbres sociales y las normas socio-culturales determinan, en gran parte, el desarrollo individual de cada persona y la cualidad de sus relaciones.

Los aspectos principales que definen este último sistema del modelo ecológico son:

a) Políticas gubernamentales

Cada región posee una serie de leyes y políticas que dictaminan qué comportamientos de los individuos se permiten y cuales se penalizan. De este modo, una gran parte del desarrollo personal queda limitado por las normas y leyes impuestas desde los estamentos gubernamentales de la región en la que se desenvuelve el individuo.

b) Normas socio-culturales

En cada contexto, el funcionamiento de las personas está implícitamente determinado por una serie de normas socio-culturales.

Estas normas permiten la sociabilización entre individuos y la convivencia entre ellos. Así mismo, tienen como objetivo marcar unos estándares de funcionamiento que permitan el entendimiento mutuo.

c) Valoraciones sociales

Más allá de las normas, existe una gran variedad de reglas de funcionamiento que está dictaminado por la valoración social de los integrantes del entorno. Esta infinidad de reglas sociales dictaminan gran parte del comportamiento de las personas y dictaminan notablemente su desarrollo.

El sistema ecológico y la diabetes tienen un impacto significativo con el niño o adolescentes y la enfermedad crónica que padece, es decir cuando el adolescente recibe este diagnóstico todo su sistema se modifica, inicialmente el microsistema se ve afectado porque todos los miembros cambian o modifican sus roles por un mayor seguimiento de su tratamiento, para tener mayor control de su enfermedad y mejorar su calidad de vida. El mesosistema va ayudar a tener una mejor adherencia al tratamiento y adaptarse a los cambios que le genera su condición, y al ingresar a una asociación de persona con su mismo diagnóstico, puede que estas conductas se adhieran y generen una mejor calidad de vida en el adolescente (Bronfenbrenner, 2012).

CAPITULO III MATERIALES Y METODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio es correlacional ya que se orienta a determinar la relación existente entre tres variables. El nivel de estudio es básico, ya que no hay intervención directa en la muestra. El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal, debido a que recoge los datos en un momento determinado de tiempo (Hernández Sampieri, 2014). Finalmente tiene un enfoque cuantitativo, ya que emplea la recolección de datos para evidenciar hipótesis, utilizando como principio la medición numérica, además del análisis estadístico (Hernández, 2014).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total de la ADINA ascendió a 45 niños, adolescentes y adultos de la asociación de diabetes de niños y adolescentes.

Se seleccionó a los miembros de la Asociación de diabetes en niños y adolescentes.

3.2.1. Tamaño y descripción de la muestra

De acuerdo a los criterios de inclusión, la muestra estuvo conformado por 30 adolescentes entre las edades de 11 a 19 años diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1 de la Asociación de Diabetes en Niños y Adolescentes.

3.2.2. Selección del muestreo

El muestreo usado fue no probabilístico, debido al uso de criterios de inclusión de la muestra (Hernández, 2014).

3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.2.3.1 Criterios de inclusión

Adolescentes de ambos sexos.

Edad: entre 11 a 19 años

Diagnosticados con DMT1.

Acudir mensualmente a las reuniones grupales programadas.

Cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

Que el adolescente haya respondido verbalmente al asentimiento informado.

3.2.3.2 Criterios de exclusión

Que el adolescente haya presentado un problema físico o de salud mental en el momento de la evaluación.

3.3. VARIABLES

3.3.1. Definiciones conceptual y operacional de las variables

AUTOESTIMA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

“La evaluación que el individuo hace de sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo y exitoso”. (Coopersmith, 1976).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable cualitativa politómica ordinal, categorizada según la Escala de Autoestima de Coopersmith versión escolar en cinco niveles: muy baja (hasta 11 pts) baja (12 – 14 pts), normal (15 – 19 pts), alta (20 – 22 pts) y muy alta (23 – 26 pts). La versión adultos es categorizada en baja (0 – 24 pts), medio bajo (25 – 49 pts), medio alto (50 – 74 pts) y alta (75 -100 pts). (Anexo 1).

DINAMICA FAMILIAR

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

"La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada individuo, haciendo que esta funcione bien o mal como unidad". (Jackson, 1957)

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable cualitativa politómica ordinal. La prueba APGAR familiar la categoriza en: Disfunción familiar severa (0– 9 pts), disfunción familiar moderada (10 – 13 pts), disfunción familiar leve (14 – 17 pts) y buena función familiar (18 – 20 pts). (Anexo 2).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

“Es el cumplimiento con la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento”. (OMS, 2003).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable cualitativa, politómica ordinal. La lista de chequeos la clasifica en tres niveles: baja adherencia al tratamiento (0 – 4 pts), mediana adherencia al tratamiento (5 – 7 pts) y alta adherencia al tratamiento (8 – 10 pts). (Anexo 3).

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

SEXO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer, plantas y animales (Real Academia Española, 2014).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable cualitativa dicotómica nominal la cual será identificada en masculino (M) o femenino (F), información que recopilada de la ficha sociodemográficos.

EDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Tiempo en que ha vivido una persona (Zabala, 2008).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable cuantitativa abarca a los participantes de 11 a 19 años de edad.

FACTOR SOCIECONÓMICO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Es la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país. (Definición ABC, 2016)

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable cualitativo, politómica ordinal. La encuesta esta categorizada en tres niveles: factor económico bajo (0 – 5 pts), factor económico medio (6 – 9 pts) y factor económico alto (10 – 14 pts). (Anexo 4).

3.4. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS

3.4.1 Plan de recolección

- Se contactó con la directora para generar una cita.
- El día de la cita se gestionó el permiso respectivo a la asociación de diabetes en niños y adolescentes.
- Se coordinó una cita con los padres para informarles de la importancia del estudio, se detalló los aspectos éticos de la investigación, de modo de que ellos puedan conocer y exigir sus derechos como participantes voluntarios.
- Los padres interesados en el estudio recibieron un asentimiento informado que fue firmado como autorización para participar del estudio. En el caso de los adolescentes mayores a los 18 años, ellos recibieron un consentimiento informado.
- Se coordinó con los padres y la directora de la asociación una nueva fecha para la aplicación de los instrumentos.
- El día de la evaluación se informó a los adolescentes sus derechos durante la evaluación. Se entregó los cuestionarios a medir, cada uno fue realizado de forma anónima para mantener la confidencialidad de los participantes.
- Se recogió y guardo los cuestionarios de forma ordenada.
- Se calificó los cuestionarios y se creó la base de datos.
- Se realizó el análisis estadístico correspondiente.
- Interpretación de resultados, discusiones y conclusiones.
- Sustentación.
- Elaboración de artículo científico.

3.4.2 Instrumentos

3.4.2.1 Inventario de Autoestima de Coopersmith versión escolar y adultos

El autor es Stanley Coopersmith. La finalidad del inventario es medir las actitudes valorativas hacia sí mismo en diversas áreas como individual, social y familiar.

En la versión escolar, está compuesto de 58 ítems, en los que están incluido los 8 ítems correspondientes a la escala de mentiras. Las edades son de 8 – 15 años de edad y evalúa cuatro áreas:

- I. Sí mismo general; refiriéndose a su autopercepción y valor regido bajo su experiencia.
- II. Social – Pares; es decir cómo son sus actitudes frente a su medio social como amigos o compañeros.
- III. Hogar – Padres; constituye las experiencias o actitudes en su medio familiar en relación a la convivencia.
- IV. Escuela; las convivencias en su escuela, también en relación a su satisfacción en su rendimiento académico y sus expectativas.

En la versión de adultos, el inventario está compuesto por 25 ítems distribuidos en tres áreas donde 13 corresponden a sí mismo, 6 a social – pares y también 6 al área familiar. Las edades son mayores de 15 años; se evalúa solo en tres áreas:

- I. Sí mismo general
- II. Social – Pares
- III. Hogar

Asimismo, el inventario ha sido traducido y válido en nuestro medio, por María Isabel Panizo (1985) en el estudio CARDO en un sector socio económico bajo y se llevó a cabo en Lima. Con respecto a la validez, Panizo trabajó en dos etapas, la primera fue la traducción y validación de contenido por tres personas con experiencia, donde cambió algunas formas de expresión. Luego se realizó la validez de constructo donde procedió a correlacionar ítems de sub-escala; los ítems que correlacionaron bajo fueron descartados y se completó el

procedimiento con la correlación entre la subescala y el total. Continuando, eliminó a las personas que puntuaron alto en la escala de mentira, si el puntaje de mentiras es superior a cuatro, estableciendo al igual que el autor la invalidación del inventario.

3.4.2.2 APGAR familiar

Creada por Gabriel Smilkstein en 1978. El objetivo de esta prueba es evaluar la funcionabilidad familiar según la percepción de los miembros que la conforme. Consta de 5 preguntas y cada una de las preguntas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos. Lo aplicó en la población específica de atención primaria.

Con la validación inicial de este instrumento, se mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado. Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en diversas investigaciones y estudios mostrando índices de correlación que fluctuaban entre 0.71 y 0.83 para las diversas realidades. (Pless – Satterwhite Family Function Index).

La Escala APGAR familiar aplicada en adolescentes peruanos cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, que permiten considerarla como una medida válida y confiable de la funcionalidad familiar, el índice de correlación interna 0.78. Este estudio se realizó en adolescentes de Lima (Humberto C. et al, 2014).

3.4.2.3 Lista de chequeo para medir la adherencia al tratamiento

Las autoras realizaron una encuesta (checklist) que consta de 10 ítems. El instrumento elaborado fue previamente aplicado en un piloto se realizó con 60 persona pertenecientes al programa de salud diabetes tipo 2 de un centro de salud familiar de Lima. El cuestionario mostro una adecuada comprensión para su desarrollo, el tiempo de aplicación fue en promedio de 5 a 10 minutos. La consistencia interna de la lista de chequeo para medir la adherencia al tratamiento fue aprobada. En donde se constató que para su validez se obtuvo el siguiente valor de alfa Cronbach para la lista de chequeo 0.85. Las respuestas fueron Si=1 y No=0, pudiéndose obtener un puntaje máximo de 10. Cada pregunta tiene respuestas dicotómicas acerca de actividades recomendadas por el equipo de salud respecto a la Diabetes Mellitus tipo 1 (Anexo 5).

3.4.2.4 Ficha de datos socioeconómicos

Se realizó una ficha que consta de 7 ítems elaborado por las autoras, en la actualidad existe en el Perú una fórmula estándar que estableció la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM, 2003) para clasificar la categoría social a la cual pertenece una persona. Cada pregunta tiene respuestas de opción múltiple que describe servicios y características que cuenta el evaluado en su hogar. Este instrumento se utilizó previamente como prueba piloto para determinar los niveles de factor socioeconómico. La corrección de la ficha de datos cada ítem tiene respuestas dicotómicas y de acuerdo a estas, Si tiene una puntuación de 2 y No de 1, se realiza la sumatoria según cada ítem, para luego tener un puntaje total y clasificarlo según los tres niveles.

3.5 Plan de análisis e interpretación de la información

Para el procesamiento de los datos se usó el software estadístico STATA versión 13. El análisis descriptivo se realizó utilizando frecuencias, porcentajes y la desviación estándar para la variable edad. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba estadística Anova, ya que se tiene una variable cuantitativa que fue relacionada a variable políticas (Hernández Sampieri, 2014). Asimismo, se consideró una significancia estadística menor o igual a 0.05 y un nivel de confianza de 95%.

3.6 Ventajas y limitaciones

Ventajas

Al ser una investigación de diseño no experimental, las variables están más cercanas a la realidad y no hay manipulación.

La investigación es de tipo correlacional, se puede realizar investigaciones futuras para otros investigadores.

En cuanto a los instrumentos utilizados, han sido validados en el contexto nacional, lo cual aporta confiabilidad a los resultados.

Limitaciones

El tipo de muestreo usado no permite la generalización de los resultados a toda la población.

Las pruebas de autoevaluación están siempre sujetas a deseabilidad social, lo que puede afectar la total veracidad de los resultados.

Al ser un estudio de corte transversal, no se puede ver el comportamiento de las variables a través del tiempo.

3.7 Aspectos éticos

1. Respeto de la confidencialidad y política de protección de datos

La aplicación y administración de los instrumentos se desarrollará teniendo en consideración la confidencialidad, proteger y no difundir los datos personales de los participantes. Indicación y explicación de la finalidad y utilización de la información recogida de los participantes de la ADINA. La información recopilada será accesible al investigador tesista y a sus colaboradores identificados. Así mismo, la información de sus resultados será guardada por un período de siete años y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la DM1 y su relación con las variables de estudio.

2. Respeto de la privacidad

Los sujetos tienen alternativa de participar o no en este estudio. Así mismo, de retirarse en cualquier momento, comunicándole su decisión al Investigador

3. No discriminación y libre participación

No hubo formas de discriminación en cuanto al sexo, idioma, condición educativa o lugar de residencia en el grupo de sujetos que participen del estudio.

4. Consentimiento informado a la participación de la investigación

Se realizó la lectura y firma del consentimiento informado, un documento que brinda información de lo que se pretende con la investigación y donde mencionará que la información obtenida será confidencial y su participación voluntaria. Se brindó información de que el estudio no tendría ningún riesgo para su salud y no le proporcionará ningún beneficio personal.

5. Respeto por la calidad de la investigación, autoría y uso de los resultados

Las autoridades de la institución y los adolescentes que participen estarán informados sobre el tema de investigación y de los procedimientos de recolección de datos. Es prohibida la comercialización, negociación y divulgación del contenido parcial o total de los resultados obtenidos.

CAPITULO IV RESULTADOS

Se halló que la mayoría fueron mujeres (60%), la edad promedio fue de 16.3 años y el nivel socioeconómico medio fue predominante (70%). Por otro lado, predominó el nivel alto de autoestima (50%) y el 66.7% percibió una disfunción familiar de leve a moderada. Asimismo, el 73.3% reportó un nivel de medio a bajo de adherencia al tratamiento. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Descripción de la muestra

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Sexo		
Mujer	18	60.0 %
Varón	12	40.0 %
Grupo Etario		
13 a 19 años	16.3 ± 2.2	
Factor Socioeconómico		
Alto Nivel socioeconómico	3	10.0 %
Medio Nivel socioeconómico	21	70.0 %
Bajo Nivel socioeconómico	6	20.0 %
Autoestima		
Alta	15	50.0 %
Media	12	40.0 %
Baja	3	10.0 %
Dinámica Familiar		
Buena función familiar	10	33.3 %
Disfunción leve	12	40.0 %
Disfunción Moderada	8	26.7 %
Adherencia al tratamiento		
Alta	8	26.7 %
Mediana	13	43.3 %
Baja	9	30.0 %

No se encontró relación entre la autoestima, dinámica familiar y adherencia al tratamiento. Sin embargo, los adolescentes con nivel medio de adherencia al tratamiento mostraron un nivel de autoestima alta (53.3%); mientras que la mitad de los adolescentes con adherencia baja presentan un nivel de autoestima media (50%). En tanto, los encuestados con un nivel de adherencia alta (40%) presentaron una buena función familiar. Por otro lado, se encontró relación significativa entre los niveles de adherencia y el sexo ($p=0.015$), mostrando que el nivel alto de adherencia corresponde al sexo femenino. Los adolescentes con bajo nivel de adherencia (66.6%) reportaron un nivel socioeconómico alto (Ver tabla 2).

Tablas 2. Asociación entre la autoestima, la dinámica familiar y los niveles de adherencia al tratamiento

	Adherencia al tratamiento						P
	Baja		Mediana		Alta		
	F	%	F	%	F	%	
Autoestima							0.294
	Alta	2	13.33	8	53.33	5	33.33
	Media	6	50.00	4	33.33	2	16.66
	Baja	1	33.33	1	33.33	1	33.33
Dinámica Familiar							0.281
	Buena función familiar	3	30.00	3	30.00	4	40.00
	Disfunción leve	2	16.67	8	66.67	2	16.67
	Disfunción moderada	4	50.00	2	25.00	2	25.00
Sexo							0.015
	Femenino	5	27.78%	5	27.78%	8	44.44%
	Masculino	4	33.33%	8	66.67%	0	0%
Edad							0.37
			17.1 ± 2.4		15.7±1.8		16.2± 2.4
Nivel socioeconómico							0.689
	Alto	2	66.67	1	33.33	0	0

Medio	5	23.81	9	42.86	7	33.33
Bajo	2	33.33	3	50.00	1	16.67

En la tabla 3 se evidencia que no se halló relación entre la autoestima y la dinámica familiar. Respecto al sexo se encontró que el nivel de autoestima baja (8.33%) corresponde al sexo masculino. Asimismo, los adolescentes que reportaron autoestima alta fueron los más jóvenes con un promedio de 15.6 años. Mientras que, los adolescentes con nivel medio de autoestima registraron un nivel socioeconómico alto.

Tabla 3. Asociación entre la autoestima, la dinámica familiar y factores sociodemográficos

		Autoestima						P
		Baja		Media		Alta		
		F	%	F	%	F	%	
Dinámica Familiar								0.325
	Buena función familiar	1	12.50	4	50.00	3	37.50	
	Disfunción leve	0	0	6	50.00	6	50.00	
	Disfunción moderada	2	20.00	2	20.00	6	60.00	
Sexo								1.000
	Femenino	2	11.11	7	38.89	9	50.00	
	Masculino	1	8.33	5	41.67	6	50.00	
Edad								0.21
		17 ± 3.4		17±2.2		15.6±1.7		
Nivel socioeconómico								0.742
	Alto	0	0	2	66.67	1	33.33	
	Medio	3	14.29	7	33.33	11	52.38	
	Bajo	0	0	3	50.00	3	50.00	

De igual forma, no se encontró relación entre la dinámica familiar y los factores sociodemográficos. El 50% que reportó disfunción leve fue el sexo masculino. Asimismo, la disfunción familiar moderada se mostró en los adolescentes con edad promedio de 17.6 años. El 16.67% de adolescentes con buena función familiar pertenecían al nivel socioeconómico bajo (ver tabla 4).

Tabla 4. Asociación entre la dinámica familiar y los factores sociodemográficos

	Dinámica Familiar							
	Buena función familiar		Disfunción leve		Disfunción moderada		P	
	F	%	F	%	F	%		
Sexo							0.368	
	Femenino	8	44.44	6	33.33	4	22.22	
	Masculino	2	16.67	6	50.00	4	33.33	
Edad							0.13	
		15.9±2.3		15.7±1.7		17.6 ± 2.2		
Nivel socioeconómico							0.908	
	Alto	1	33.33	1	33.33	1	33.33	
	Medio	8	38.10	8	38.10	5	23.81	
	Bajo	1	16.67	3	50.00	2	33.33	

CAPITULO V DISCUSION

5.1 Discusión

No se encontró relación significativa entre la autoestima, dinámica familiar y la adherencia al tratamiento en los adolescentes con diabetes tipo 1. Sin embargo, se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento y el sexo. Los adolescentes con nivel medio de adherencia al tratamiento presentaron un nivel alto de autoestima. Los que manifestaron un nivel medio de adherencia evidenciaron una disfunción familiar leve. Por otro lado, se evidencia que predominó el nivel alto de autoestima. Más de la mitad de los adolescentes percibió una disfunción familiar de leve a moderada y la mayoría de ellos reportaron niveles de bajo a medio en la adherencia al tratamiento.

En los adolescentes con DM1 no existe relación entre la autoestima, la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento. Este resultado es similar al reportado en un estudio en el cual no se encontró relación significativa entre autoestima y apoyo social percibido de pares con adherencia al tratamiento (Ortiz, 2004). En otro estudio, tampoco se obtuvo relación significativa en cuanto al apoyo percibido de los familiares, amigos y el equipo sanitario y la adherencia (De Dios, 2003). Estos resultados pudieran encontrar explicación en el tamaño reducido de la muestra. En los centros de ayuda los adolescentes con este diagnóstico suelen conformar grupos pequeños. Además, pudieran incidir las limitaciones de los instrumentos que miden comúnmente la adherencia al tratamiento. Los mismos, normalmente no consideran características netamente psicológicas como factores cognitivos, emocionales y contextuales. Puesto que, solo evalúan la adherencia a través de la toma de medicamentos o cumplimiento de indicaciones médicas.

Existe relación significativa entre los niveles de adherencia al tratamiento y sexo. Se observó que las mujeres presentaron mayor adherencia al tratamiento respecto a los varones. Este resultado lo confirma la literatura, pues el sexo femenino manifiesta conductas saludables que favorecen la adherencia en enfermedades crónicas (Rodríguez, 2016). Se infiere que las mujeres podrían tener mayor apertura a los cambios que genera este diagnóstico, ya que tienden a ser más responsables en el seguimiento de la medicación, alimentación y control diario del tratamiento (Rodríguez, 2016).

Los adolescentes con nivel medio de adherencia al tratamiento muestran un nivel de autoestima alta. Entre los adolescentes con autoestima alta hay una adecuada adherencia al tratamiento que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el entorno (Shavelson, 1946). Sumado a ello, está la influencia del tiempo de enfermedad y el apoyo de su entorno social. Puesto que, la autoestima está relacionada a las experiencias adquiridas tanto a nivel personal como social, ya que para los adolescentes es relevante el vínculo con sus pares donde ellos pueden relacionarse con mayor comodidad y libertad (Cavusoglu, 2001). En este sentido, sus relaciones sociales estarían ligadas a las experiencias de otros adolescentes que comparten la misma condición de salud. Esto puede conducir a que la adherencia al tratamiento y su autoestima tienden a incrementarse paulatinamente.

El nivel medio de la adherencia al tratamiento se registró en los adolescentes con disfunción familiar leve. Pese a no existir relación significativa, una posible explicación del hallazgo sería que la dinámica familiar tiene diversos componentes como la adaptación, la participación y el afecto (Magdalena, 2005). Estos componentes pueden variar si los miembros son diagnosticados con una enfermedad crónica (Vinaccia, 2005); asimismo el recibir como padres un diagnóstico que implique que algún descendiente directo sufra una enfermedad de este tipo, es descrita por ellos como la situación más difícil y dolorosa de sus vidas; lo cual afectaría la homeostasis familiar (Osorio, 2004). Del mismo modo, el adolescente con DM1 puede percibir su diagnóstico como un estancamiento para su libertad y las conductas independientes que podría tener si no tuviera esta condición (Ortiz, 2004, Sudhir, 2001). Este tipo de percepción podría generar en los adolescentes conductas que disminuyen la adherencia o actitudes de negación para que su entorno social no se percate de los cuidados que necesita y tratar así de tener las mismas experiencias que ellos.

Predominó en los adolescentes con DM1 el nivel alto de autoestima. Esto se explicaría, por la presencia de apoyo social y el bienestar percibido, debido a que promueven emociones positivas y un sentido de valor personal que reduce el estrés, fortaleciendo la autoestima en los adolescentes (Tomyn, 2011). A su vez, pertenecer a una asociación con personas que tienen la misma condición transmite un sentimiento de apoyo mutuo y pueden desarrollar relaciones interpersonales de soporte (Barra, 2004). Así mismo, el apoyo familiar también

contribuye a la aceptación y la valoración en el adolescente (Tomy, 2011, Barra, 2004). Por ejemplo, cuando los padres acuden a las reuniones, le transmiten confianza para poder resolver alguna dificultad, así como el amor incondicional. Más de la mitad de los adolescentes con DM1 percibe una disfunción familiar de leve a moderado en sus respectivas familias. Según un estudio, el sistema familiar se desequilibra ante el diagnóstico de una enfermedad, por ello surgen disfunciones que requieren atención y compromiso de todos los integrantes incluido el enfermo (Linares, 2003). La familia es el contexto más importante dentro del cual la enfermedad se presenta y se resuelve (De Dios, 2003, Litman, 1994). Tener esta condición de salud, es un cambio progresivo donde cada miembro procesa esta información en tiempos diferentes. De manera que, no todos los miembros lo aceptan generando los problemas de adaptabilidad, flexibilidad y negación (Grey, 1998). Es así que tener un familiar con este diagnóstico conlleva a la reestructuración en los roles familiares para lograr una mayor comunicación, capacidad de apartarse a los cambios y así generar progresivamente una buena función familiar (Greca, 1992).

La mayoría de los adolescentes con DM1 reportaron un nivel de mediana a baja adherencia al tratamiento. Los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños, ya que pueden reflejar una rebelión contra el régimen de control (Roselló, 1992). En este sentido, un estudio halló que los adolescentes que se adhirieron desde la niñez al régimen terapéutico se adhieren menos y no controlan el tratamiento de su enfermedad (OMS, 2004). Esto se explicaría debido a diversos factores que van a influir en la adherencia como su percepción con respecto a su condición y cómo esta puede influir en su desarrollo personal/social y autovaloración sobre tener que seguir un tratamiento diario de inyecciones de insulina y mediciones de la glucosa en diferentes momentos durante el día. Por otra parte, a pesar de que existen cogniciones respecto a las crisis que pueden tener o la percepción de que su vida corre peligro, también se manifiesta la reticencia frente a los cuidados y cambios en el estilo de vida debido a las exigencias de los mismos (Jacobson, 1996). De igual manera, aun contando con el apoyo de una asociación con personas con su misma condición de salud y edad que van a fomentar la adherencia, puede haber períodos en que esta disminuye por factores sociales externos, cogniciones de ineficacia, estados de

ánimo negativos que pueden derivar en una adherencia fluctuante entre los niveles bajo y mediano (Bruhn, 1977).

Entre las limitaciones del estudio se puede considerar el escaso número de sujetos disponible y el difícil acceso a la misma debido a su vulnerabilidad, lo cual imposibilita la extrapolación de los hallazgos. Así mismo, el instrumento usado para medir la adherencia al tratamiento tuvo un enfoque biomédico no considerando las cogniciones, percepciones y emociones de la persona que inciden de manera directa en la misma.

Como aspecto positivo de la investigación se señala que es uno de los pocos estudios realizados en el contexto nacional que considera variables psicológicas como la autoestima y el funcionamiento familiar en la población adolescente con DM1.

5.2 Conclusiones

La adherencia al tratamiento en la DMI es fundamental para que los pacientes adolescentes puedan ser autónomos y desarrollarse a nivel biopsicosocial dentro de su condición de salud. Desde una perspectiva integral de la salud, es necesario tener en cuenta que existen diversos factores como las creencias de autoeficacia, la percepción de la enfermedad, la autoestima, las relaciones familiares y grupales que están involucrados en la misma, más allá de las indicaciones médicas.

Los hallazgos resaltan la importancia de la familia como red de soporte socioemocional del adolescente; ya que esta enfermedad no significa solo un cambio para quien la padece, sino también para la misma que requiere modificaciones en el estilo de vida de sus miembros.

Por último, las reuniones de grupo promueven en el adolescente la aplicación de su experiencia bajo esta condición de salud e incentivan a que puedan sentirse identificados incrementando el sentido de pertenencia.

5.3 Recomendaciones

Realizar una nueva investigación con una muestra más amplia teniendo en cuenta a personas que no solo pertenezca a una asociación en específico.

Tomar en cuenta otras variables, que también influye directamente con el desarrollo de la adherencia al tratamiento como la autoeficacia, la conciencia de la enfermedad, la motivación entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Definición ABC. (2016). *Definición de Factor Socioeconómico*. Recuperado el <http://www.definicionabc.com/general/factorsocioeconomico.php>
- American Diabetes Association (2012). *Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care*, 35 Suppl 1:S11-S63.
- American Diabetes Association (2012). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care*, 35, sup1, s64-s71. Doi: 10.2337/dc12-s064.
- Anderson BJ, Vangsness L, Connell A, Butler D, Goebel-Fabbri A, Laffel LM. (2002). *Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration type 1 diabetes. Diabet Med* 19: 635–642.
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (2003). *Niveles socioeconómicos*, 1 -63.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy, The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barrera L et. (2010). *Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1-360.
- Barrios SP, De los Ríos CJL, Sánchez SJJ, Guerrero SV. (2004). *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS*. 42(2): 109-116.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Bruhn, J.G. (1977). Self-Concept and the control of diabetes. *American Academy of Family Physicians*, 15(3), 93 – 97.
- Calcino Cuela, J. (2013). *Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 en pacientes que participan en un programa de atención al diabético Centro de Salud Pedro P. Díaz, Distrito Paucarpata, Arequipa Perú, periodo 2005-2012*. Revista UNSA Investiga. Recuperado en <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4093>
- Cabrera-Morón R, Motta-Quijandría I, RodríguezRobladillo C, Velásquez-Carranza D. (2009). *Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud. Ica*.

- C. de Dios, C. Avedillo, A. Palao, A. Ortiz, J.L. Agud (2003). *Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos*. 17.
- Codner E, Mericq V, Román R, Hrlic I, Martínez A, Unanue. (2004). *Nuevos esquemas de tratamiento con insulina en niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) en un Hospital Público*. Revista Chilena de Pediatría, 75, 9 – 520.
- Codner, E., Mericq, V., García, H., López, C, Cáceres, J., Gaete, V. & Ávila, A. (2003). *Resultado de un programa multidisciplinario de tratamiento intensificado de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en un hospital público*. Revista Médica de Chile, 131, 857 – 864
- Cohen, D. M., Lumley, M. A., Naar-King, S., Partridge, T., & Cakan, N. (2004). *Child behavior problems and family functioning as predictors of adherence and glycemic control in economically disadvantaged children with type 1 diabetes: A prospective study*. Journal of Pediatric Psychology. 29, 171–284.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman and Company
- Coopersmith, S., y Sakai, A. (1990). *Figure drawings as expression of self esteem*. Journal of Projective Techniques, 32, 29-35.
- Diabetes tipo 1 (2017) *Diabetes en niños y adolescentes o diabetes juvenil*. Recuperado de <https://medlineplus.gob/espanish/diabetestype1.html>
- Die Trill, M. (1989). *Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia*. Libro de Ponencias y Comunicaciones de las Primeras Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer, pp. 97-11
- Dres. Arauz AG, Sanchez G, Padilla G, Fernandez M, Rosello M Desarrollo (2002). Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud Inciensa, *“Guía para diabéticos”*. Tres Ríos. Costa Rica. Recuperado de lectores@diariobuenosaires.com.ar
- Greca, A.M.L (1992). *Peer influences in pediatric chronic illness: an update*. Journal of Pediatric Psychology 17:775-784.

- Grey, M., Boland, E.A., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., Tamborlane, W.V (1998). *Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes*. Diabetes Care 21:909-914.
- Gonzales Diego Jorge (2008). *Psicología de la motivación*. Ciencias Médicas. La Habana, 52 – 54.
- Hernández, R, Fernández, C, Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Edición ISBN.
- Herzer M, Hood KK. (2009). *Anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes; Association with blood glucose monitoring and glycemic control*. Journal Pediatric Psychol.35 (4): 15–425.
- Hidalgo C, Carrasco E. Salud familiar. (1999). *Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Himsworth H. (1936). *Diabetes mellitus: a differentiation into insulin-sensitive and insulin-insensitive types*. Lancet 1:127–130
- Humberto A. Castilla, Tomas P. Caycho, Midori Shimabukuro, Amalia A. Valdivia (2014). *Percepción del funcionamiento familiar: Análisis Psicométrico de la escala APGAR Familiar en adolescentes de Lima*. Revista de Psicología Educativa. Vol 2, Num 1.
- Instituto nacional de estadística e informática (2016). *En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 a más años reportan tener diabetes*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-reportan-tener-diabetes-8993/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 Nacional y Regional - ENDES 2016 Lima*. Revista Instituto Nacional de Estadística e Informática. Recuperado de <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/resultados.asp>
- Jacobson, A., M. (1996). *The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus*. The New England Journal of Medicine, 334 (19), 1249 – 1253.
- Kyngäs H. (1995). *Diabetes: An adolescent's perspective*. J Adv Nurs, 22, 7 - 941.

- Kyngäs H, Kroll M, Duffy T. (2000). *Conceptual analyses of concept compliance*. J Clin Nurs, 9, 5-12.
- Littlefield, C.H., Craven, J.L., Rodin, G.M., Daneman, D., Murray, M.A. & Rydall, A.C. (1992). *Relationship of self-efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescents*. Diabetes Care, 15, 90-94.
- Mereciano J. (2017). *¿Qué es la autoestima?* Rev Entre todos. N° 67
- Miller-Johnson S, Emery R, Marvin R, Clarke W, Lovinger R, Martin M. (1994). *Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus*. J Consult Clin Psychol, 62, 10 – 603.
- Naar-King S, Idalski A, Ellis D, Frey M, Templin T, Cunningham PB, Cakan N. (2005). *Gender differences in adherence and metabolic control in urban youth with poorly controlled type 1 diabetes: the mediating role of mental health symptoms*. Journal Pediatric Psychol 31(7): 93–802.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus*, OMS. División de enfermedades no transmisibles y tecnología de la salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención de la diabetes mellitus. Informe de un grupo de Estudio de la OMS*. Serie de Informes Técnicos.
- Organización Mundial de la Salud (2014) *Obesity- preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on obesity*, Geneva.
- Organización mundial de la salud (2016; 2017). *Informe mundial sobre la diabetes*. Recuperado de www.who.int/diabetes/global-report/es/
- Ortiz M. (2004). *Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1*, Rev Méd Chile, 13, 21-31.
- Ortiz M, Ortiz E. (2005) *Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: Una aproximación psicológica*. Rev Méd Chile, 133, 13 - 307.
- Pesce, R., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. (2004). *Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20(2), 135-143

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa- Calpe.

Rodríguez I. (2016). *Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Villa Clara: Universidad Central Martha Abreus; 2012 Recuperado de <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/2023/Tesis de Isis>.

Rosselló, J., Guisasola, E., Ralat, S. Martinez, S., & Nieves, A. (1992). *La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes puertorriqueños*. Revista Puertorriqueña de Psicología, 8, 155 – 162.

Rausch JR, Hood KK, Delamater A, et al. (2012). *Changes in treatment adherence and glycemic control during the transition to adolescence in type 1 diabetes*. Diabetes Care. 35(12):19–24.

Sanjuán P, Pérez A y Bermúdez J. (2000). *Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española*. Psicothema; 12(spp):509–13. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>

Salem G. (1990). *Abordaje terapéutico de la familia*. Terapéutica. En: Salem G.1. a ed. Barcelona: Masson;

Sanz Font O. (2014). *La diabetes de mi hijo: manual de apoyo psicológico para padres de niños y adolescentes con diabetes tipo 1*. Revista Medtronic Ibérica.

Streisand R, Swift E, Wickmark T, Chen R, Holmes C S. (2005). *Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility, and fear*. Journal of Pediatric Psychology. 30: 513-521.

Shoff L., Pendley, J., Kasmien, L., Miller, D., Donze, J., Swenson, C. & Reeves, G. (2002). *Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes*. Journal of Pediatric Psychology, 27 (5), 429-438.

Sudhir, P. M., Kumaraiah, V., Munichoodappa, C., & Kumar, K.P, (2001). *Management of children with Diabetes Mellitus – Psychosocial Aspects*. International Journal of Diabetes Developing Countries, 21(2), 69-76.

Tapia GG, Chirinos JL, Tapia LM. (2000). *Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2 con infecciones adquiridas en la*

comunidad admitidos en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered.* 11(3): 89-96.

Trejo Gonzales L., Arroyo M., Bonilla M. (2005). *Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético.* *Revista neurológica, neurocirugía y psiquiátrica*, 2, 63 – 68.

Tomyn, A. J., y Cummins, R. A. (2011). *The subjective wellbeing of high-school students: Validating the Personal Wellbeing Index—School Children.* *Social Indicators Research* 101, 405-418.

Valadez-Figueroa, I.; Aldrete-Rodríguez, M.G.; AlfaroAlfaro,N. (1993). *"Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II"*. México. Recuperado de www.insp.mx/salud/35/355-5s.html - 32k

Van Dyk J. (2008). *Proyecto DAWN Youth en Sudáfrica.* Resolver los problemas cotidianos de los niños y adolescentes en Sudáfrica. *Diabetes Voice.*; 53:40-2.

Vargas Bonilla L, Herrera Añazco P, Palacios Guillén M, Valencia Rodríguez J, Sánchez Riva F, Salomé Luna J, et al. (2017). *Características clínicas de los pacientes diabéticos que acuden por primera vez a una consulta nefrológica en hospitales públicos de Lima.* *An Fac Med.* 75(1):25-9.

Villalobos-Pérez A., Quiróz-Morales D., León-Sanabria G., Brenes-Sáenz J. (2007). *Factores involucrados en la Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico.* *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3 (1).

Zabala S., (2008). *Comparación del diagnóstico clínico frente al genético en la hipercolesterolemia familiar.* *Revista Cardiología preventiva*, 102 (9), 1187 – 1193.

ANEXOS

Anexo1

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA AUTOESTIMA

VARIABLE	Áreas	ESCALAS	NIVEL	VALORES
Autoestima (Coopersmith Versión escolar)	Sí mismo general	Si mismo general	Muy baja	Hasta 11
	Social – Padres	Social – Padres	Baja	12 – 14
	Hogar – Padres	Hogar – Padres	Normal	15 – 19
	Escuela	Escuela	Alta	20 – 22
		Mentira	Muy alta	23 – 26

VARIABLE	Áreas	ESCALAS	NIVEL	VALORES
Autoestima (Coopersmith Versión adultos)	Sí mismo general	Si mismo general	Baja	0 – 24
	Social – Pares	Social – Padres	Medio bajo	25 – 49
	Hogar	Hogar	Medio alto	50 – 74
			Alto	75 – 100

Anexo 2

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA DINAMICA FAMILIAR

VARIABLE	Áreas	ESCALAS	NIVEL	VALORES
Dinámica Familiar (APGAR FAMILIAR)	Adaptación	Adaptación	Disfunción familiar severa	0 – 9
	Participación	Participación	Disfunción familiar moderada	10 – 13
	Gradiente de recurso personal	Gradiente de recurso personal	Disfunción familiar leve	14 – 17
	Afecto	Afecto	Buena función familiar	18 – 20
	Recursos	Recursos		

Anexo 3

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

VARIABLE	NIVEL	VALORES
Adherencia al tratamiento (Lista de chequeo para medir la adherencia al tratamiento)	Baja adherencia al tratamiento	0 – 4
	Mediana adherencia al tratamiento	5 – 7
	Alta adherencia al tratamiento	8 – 10

Anexo 4

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DEL NIVEL SOCIECONÓMICO

VARIABLE	NIVEL	VALORES
Nivel socioeconómico (Ficha de datos sociodemográficos)	Factor socioeconómico bajo	0 – 5
	Factor socioeconómico medio	6 – 9
	Factor socioeconómico alto	10 – 14

Anexo 5

VALORIZACION DEL TEST DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Validez de Constructo

- ¿Se escriben operativamente las variables a medir?
- ¿Se informa del modelo conceptual en el que está basado el test?

Validez de contenido

- ¿Los elementos de cada escala corresponden a la definición operativa de cada variable?

Fiabilidad

- ¿Consistencia interna alrededor de 0.80?
- ¿Test – retest superior a 0.80?

Tipificación

- ¿Se describe con detalle la procedencia de la muestra?
- ¿Muestra aleatorizada?
- ¿Muestra socio-culturalmente representativa?
- ¿Se proporciona descripción de la distribución de las puntuaciones en la muestra de baremación: normal / asimétrica?

Utilidad

- ¿Sirve para diseñar una estrategia de actuación?
- ¿Sirve para valorar la eficacia de una estrategia de actuación?
- ¿Comparte el test el modelo conceptual de algún programa de intervención?

Validez Predictiva

- ¿Está documentada de manera fiable la correlación entre la medida del test y un criterio externo?

Validez Concurrente / Divergente

- ¿Está documentada de manera fiable la correlación entre la medida del test y otros tests que midan la “misma variable”?
- ¿Está documentada de manera fiable la independencia entre la medida del test y otros tests que midan “distintas variables conceptuales próximas”?

Validez Discriminante

- ¿Está documentada de manera fiable la capacidad del test para discriminar a los sujetos con altas y bajas “puntuaciones”?

Anexo 6

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION

Institución : Universidad Católica Sedes Sapientiae.

Investigadoras : Carmen Matías Córdova, Ivette Rojas Vilca.

Título : Relación de la Autoestima y Dinámica familiar con adherencia al tratamiento de Diabetes tipo 1, en adolescentes de Lima.

Propósito del estudio

El presente asentimiento es para invitarte a participar de esta investigación, la cual tiene por finalidad de evaluar la relación de la Autoestima y Dinámica familiar con adherencia al tratamiento de Diabetes tipo 1, en adolescentes de Lima.

Procedimiento

Si participas en este estudio, se aplicarán los siguientes cuestionarios:

- Inventario de Autoestima de Coopersmith (Versión Adolescentes).
- APGAR familiar.
- Lista de chequeo para medir la adherencia al tratamiento.
- Ficha de datos sociodemográficos.

Riesgos

Ninguno. No se prevén riesgos por participar en esta investigación.

La aplicación de los cuestionarios no implica riesgo alguno para su salud física o mental. Las preguntas de los cuestionarios, indicados anteriormente, serán entregadas en formato impreso, con letras grandes y legibles. Asimismo, se facilitará el material necesario para el registro, lápiz, borrador u otros materiales que se lleguen a requerir.

Beneficios

Los adolescentes acepten participar de la investigación participarán de cuatro talleres gratuitos. Estos talleres estarán directamente relacionados con los resultados de la investigación, de este modo se buscará mejorar aquellas debilidades detectadas en la evaluación, la cual no tiene ningún costo.

Costos e incentivos

Tu participación en la investigación no tiene costo. Por el contrario, serás beneficiado con los resultados obtenidos de la evaluación. Ya que, a partir de

ellos participaras de cuatro talleres. Además de la satisfacción de colaborar es un estudio que nos ayudará a evaluar la autoestima y la dinámica familiar, y como estas intervienen en la adherencia al tratamiento que tiene el adolescente con respecto a la diabetes mellitus tipo 1, dicho estudio funcionará como apoyo a futuras intervenciones o investigaciones acerca de la diabetes mellitus tipo 1.

Confidencialidad

Cada cuestionario estará denominado con un código, por lo que no será necesario que pongas tus datos personales como tu nombre. En consecuencia, la información no será identificada con alguna persona. Además, los cuestionarios no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin tu consentimiento.

Derechos de los participantes del estudio

- Si decides participar del estudio podrás retirarte en cualquier momento o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.
- Si tienes alguna duda adicional, por favor comunícate con las investigadoras al: 993762214 (Carmen Matías Córdova) o al 987985025 (Ivette Rojas Vilca).
- Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o consideras que has sido tratado injustamente, puede contactarte al Comité de ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae, teléfono (01) 533-0079 / 533-5744.

Consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas pueden pasar o no si participo de la investigación, también sé que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante

____ / ____ / ____
Fecha

Firma del investigador

Firma del investigador

Nombre: Carmen Matías Córdova
DNI: 73200121

Nombre: Ivette Rojas Vilca
DNI: 47933134

Anexo 7

CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR

Sexo:

Edad:

Marca con una X en la respuesta que mejor se adecue a tu apreciación personal. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo tienes que ser honesto en tus respuestas.

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo un problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero					

Anexo 8

ESCALA DE AUTOESTIMA PARA ADULTOS (SEJ) (Stanley Coopersmith)

Edad..... Sexo..... Fecha.....

Enseguida encontraras una serie de afirmaciones que tienen que ver con tus modos de sentir. Si una frase describe en general lo que sientes, marca con una "X" la columna de **Verdadero (V)**. Si la frase no describe cómo te sientes generalmente, marca una "X" en la columna **Falso (F)**.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas tus respuestas valen

AFIRMACIONES	V	F
1 Usualmente las cosas no me molestan		
2 Me resulta difícil hablar en frente de un grupo		
3 Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiese		
4 Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		
5 Soy muy divertido/a		
6 Me altero fácilmente en casa		
7 Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva		
8 Soy popular entre las personas de mi edad		
9 Generalmente mi familia considera mis sentimientos		
10 Me rindo fácilmente		
11 Mi familia espera mucho de mi		
12 Es bastante difícil ser "yo mismo"		
13 Me siento muchas veces confundido		
14 La gente usualmente sigue mis ideas		
15 Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo		
16 Hay muchas ocasiones en que me gustaría irme de casa		
17 Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo		
18 No soy tan simpático/a como mucha gente		
19 Si tengo algo que decir, usualmente lo digo		
20 Mi familia me comprende		

21 Muchas personas son más preferidas que yo		
22 Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionando		
23 Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago		
24 Frecuentemente desearía ser otra persona		
25 No soy digno de confianza		
Puntaje Total		

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Anexo 9

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH (VERSIÓN ADOLESCENTES)

EDAD:..... SEXO:..... FECHA:.....

INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de frases sobre sentimientos.

Si una frase describe cómo te sientes generalmente, encierra en un círculo la V de verdadero.

Si la frase NO describe cómo te sientes generalmente, encierra en un círculo la F de falso.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es que seas sincero.

AFIRMACIONES	V	F
1. Generalmente no me preocupan las cosas que me pasan en el día.		
2. Me resulta difícil hablar en público.		
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi mismo.		
4. Puedo tomar decisiones sin dificultad.		
5. Soy una persona divertida.		
6. En mi casa me molesto fácilmente.		
7. Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo.		
8. Soy conocido entre los chicos de mi edad.		
9. Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.		
10. Me rindo fácilmente.		
11. Mis padres esperan mucho de mí.		
12. Es bastante difícil ser como yo quiero.		
13. Mi vida está llena de problemas.		
14. Los chicos generalmente aceptan mis ideas.		
15. Tengo una mala opinión acerca de mí mismo.		

16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
17. Generalmente me siento fastidiado en el colegio.		
18. Físicamente no soy tan guapo como los demás.		
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		
20. Mis padres me comprenden.		
21. La mayoría de mis compañeros caen mejor que yo.		
22. Casi siempre mis padres están estresados.		
23. Generalmente me siento desanimado en el colegio.		
24. Desearía ser otra persona.		
25. Siento que confían poco en mí.		
26. Nunca me preocupo de nada.		
27. Estoy seguro de mí mismo.		
28. Me aceptan fácilmente en grupo.		
29. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.		
30. Paso bastante tiempo soñando despierto.		
31. Desearía tener menos edad de la que tengo.		
32. Siempre hago lo correcto.		
33. Estoy orgulloso de mi rendimiento en el colegio.		
34. Alguien siempre tiene que decirme lo que tengo que hacer.		
35. Generalmente me arrepiento de las cosas que hago.		
36. Siempre estoy contento.		
37. Hago las cosas lo mejor que puedo.		
38. La mayoría de veces puedo cuidarme solo.		
39. Soy bastante feliz.		
40. Preferiría jugar con niños más pequeños que yo.		
41. Me gustan todas las personas que conozco.		
42. Me gusta cuando me llaman a la pizarra.		
43. Comprendo mi forma de ser.		

44. Nadie me presta mucha atención en la casa.		
45. Nunca me resonarán.		
46. No me va tan bien en el colegio como yo quisiera.		
47. Puedo tomar una decisión y mantenerla.		
48. Realmente no me gusta ser un niño.		
49. Me molesta estar con otras personas.		
50. Nunca he sentido vergüenza.		
51. Generalmente me avergüenzo de mí mismo.		
52. Los chicos muchas veces se la “agarran” conmigo.		
53. Siempre digo la verdad.		
54. Mis profesores me hacen sentir incapaz.		
55. No me importa cualquier cosa que me pase.		
56. Soy un fracaso.		
57. Me molesto fácilmente cuando me llaman la atención.		
58. Siempre sé lo que debo decir a las personas.		

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Anexo 10

**ENCUESTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 1**

(Matías, Rojas)

1) ¿Asiste cada dos meses a su médico tratante?

Si

No

2) ¿Se inyecta insulina, todos los días?

Si

No

3) ¿Realiza alguna actividad física y/o deporte?

Si

No

4) ¿Consume una dieta rica en verduras?

Si

No

5) ¿Asiste cada mes a su reunión de participación en la Asociación Juvenil
ADINA?

Si

No

6) ¿Consume 5 comidas al día?

Si

No

7) ¿Ha sido hospitalizado en el último año por complicaciones de la
enfermedad?

Si

No

8) ¿Duerme entre 7 u 8 horas?

Si

No

9) ¿Tiene heridas en sus pies?

Si

No

10) ¿Controla su glucosa todos los días?

Si

No

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Anexo 11

Ficha de datos sociodemográficos

Lee cada pregunta y responde según tu experiencia:

	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Cantidad</i>
1. ¿Sabes el ingreso mensual de dinero dentro de su hogar?			
2. ¿Cuántos miembros viven en casa?			
3. ¿Cuentas con servicio de internet y cable?			
4. ¿Cuenta con un celular Smartphone y/o inteligente?			
5. Si eres menor de edad.... ¿Estudias en un colegio estatal o particular?			
6. Si eres mayor de edad....Actualmente ¿trabajas? ¿Cuál es tu ingreso mensual?			
7. Si eres mayor de edad... ¿Te encuentras estudiando en alguna institución particular o estatal?			

ANEXO 12
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS GENERAL	HIPOTESIS ESPECIFICAS	METODOLOGIA
<p>PG:</p> <p>¿Existe relación entre la autoestima, la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento en adolescentes con Diabetes Tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.?</p> <p>PE:</p> <p>¿Cuáles son los niveles de la autoestima en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de la dinámica familiar</p>	<p>Determinar la relación entre la autoestima y la dinámica familiar con los niveles de adherencia al tratamiento en adolescentes con Diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p>	<p>Describir los niveles de la autoestima en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>Describir los niveles de la dinámica familiar en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>Identificar los niveles de la adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p>	<p>H (+): Existe relación estadísticamente significativa entre autoestima, la dinámica familiar y los niveles de adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>H (0): No existe relación significativa entre autoestima, la dinámica familiar y los niveles de adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil</p>	<p>HE 1 (+) Existe relación significativa entre la autoestima y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>HE 1 (-) No existe relación significativa entre la autoestima y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>HE 2 (+): Existe relación significativa entre la dinámica familiar y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p>	<p>Nivel : Básico</p> <p>Tipo: Correlacional</p> <p>Diseño: Cuantitativo</p>

<p>en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de la adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la autoestima y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?</p> <p>¿Cuál es la</p>		<p>Determinar la relación entre la autoestima y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>Determinar la relación entre la dinámica familiar y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>Determinar la relación entre los niveles de adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil</p>	<p>A.D.I.N.A.</p>	<p>HE 2 (-): No existe relación significativa entre la dinámica familiar y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>HE 3 (+): Existe relación significativa entre los niveles de adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p> <p>HE 3 (-): No existe relación significativa entre los niveles de adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A.</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>relación entre la dinámica familiar y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los niveles de adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en adolescentes con diabetes tipo 1 de la asociación juvenil A.D.I.N.A?</p>		<p>A.D.I.N.A.</p>			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------	--	--	--