

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ACTITUD DE LA FAMILIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS. HOSPITAL BELÉN
DE TRUJILLO. 2015**

Tesis para obtener el título Profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA

AUTORES:

Bach. Baca Quiroz Christian Joe

Bach. Córdova Medina Jackelyne Patricia

ASESORA:

Mg. Enf. Castro de Gómez Betty Caridad

TRUJILLO – PERÚ

2015

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ACTITUD DE LA FAMILIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS. HOSPITAL BELÉN
DE TRUJILLO. 2015**

Tesis para obtener el título Profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA

AUTORES:

Bach. Baca Quiroz Christian Joe

Bach. Córdova Medina Jackelyne Patricia

ASESORA:

Mg. Enf. Castro de Gómez Betty Caridad

TRUJILLO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A mis padres: Esperanza y Gunther,
por su amor, confianza y por
apoyarme incondicionalmente en
cada paso de mi vida, y así poder
culminar mis estudios profesionales.

A mi hermano: Henry Gustavo quien con
su cariño y amor me impulso a seguir
adelante.

Jackelyne Patricia

DEDICATORIA

A mi madre: Marcela por su amor, apoyo, y comprensión en los momentos difíciles de mi vida, por enseñarme a ser perseverante para lograr mis metas.

A la memoria de mi hermano Hilmer que en la paz de Dios descansa por su cariño y ayuda incondicional.

A mis abuelitas, amigos gracias por estar conmigo todo este tiempo donde he vivido momentos felices y tristes, a ellos por brindarme su valiosa amistad.

Christian Joe

AGRADECIMIENTO

A Dios; por darnos la vida, enseñarnos a valorarla, permitiéndonos contribuir al avance de la ciencia y seguir adelante con nuestros afanes y deseos.

A nuestra asesora Ms. Betty Caridad Castro de Gómez por su valiosa orientación y guía durante la elaboración del presente trabajo de investigación.

Jackelyne y Christian

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i-ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
INDICE DE GRÁFICOS.....	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIAL Y METODO.....	24
III. RESULTADOS.....	30
IV. DISCUSION.....	37
V. CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
ANEXOS:.....	46

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1: ACTITUD DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.

TABLA N°2: BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.

TABLA N°3: ACTITUD DE LA FAMILIA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N°1: ACTITUD DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.

GRÁFICO N°2: BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.

GRÁFICO N°3: ACTITUD DE LA FAMILIA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal se realizó con el propósito de determinar la relación que existe entre la Actitud de la familia y el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus Hospital Belén de Trujillo, 2015, durante los meses de Febrero-Marzo 2015. La población de estudio estuvo constituida por 50 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus del programa de Estrategia sanitaria de hipertensión y diabetes; así mismo por un familiar por cada uno de los pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de datos se realizó utilizando dos instrumentos: el primero sobre actitud de la familia y el segundo sobre bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus. Los resultados evidenciaron que la actitud de la familia es positiva en el 94%, actitud indiferente en el 6% no evidenciándose actitud negativa. Respecto al bienestar psicológico el 64% evidencia presencia de bienestar y el 36% evidencia ausencia. Aplicada la prueba estadística Chi cuadrado ($p = 0.01$), se llegó a establecer que existe relación significativa entre la actitud de la familia y el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus del Hospital Belén de Trujillo.

Palabras Clave: Actitud de la familia, bienestar psicológico, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

This descriptive research, correlational cross-sectional was performed in order to determine the relationship between the attitude of the family and the psychological well-being of the patient with Diabetes Mellitus Hospital Belen of Trujillo, 2015, during the months of February-March 2015. The study population consisted of 50 patients with a diagnosis of diabetes and Diabetes Mellitus hypertension health strategy program; Likewise a family member for each of the patients who met the inclusion criteria. Data collection was performed using two instruments: the first on the attitude of the family and the second on psychological well-being of the patient with Diabetes Mellitus. The results showed that the attitude of the family is positive in 94%, 6% and not indifferent attitude showing negative attitude. On psychological well-being 64% showed presence of welfare and 36% evidence of absence. Applied the Chi-square statistical test ($p = 0.01$), was to establish that there is a significant relationship between the attitude of the family and the psychological well-being of the patient with Diabetes Mellitus of the Hospital Belen of Trujillo.

Keywords: Attitude of the family, psychological well-being, diabetes mellitus.

INTRODUCCION

La diabetes es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor frecuencia en el mundo que se ha ido incrementando impresionantemente durante las dos últimas décadas, la Federación Internacional de Diabetes (FID) registró en el año 2013 la cifra de 382 millones de personas con diabetes, también indica que la mortalidad y sus complicaciones ascendió a 5,1 millones de personas, además predice que para el año 2035, el número total de personas con diabetes excederá los 592 millones. De allí que se considera que la Diabetes Mellitus es uno de los problemas de mayor trascendencia en el mundo, tanto por su alta prevalencia como su nivel de incidencia. (16) (21)

La diabetes afecta a muchas regiones y países a nivel mundial, de acuerdo a las estadísticas proyectadas en el 2013 por la (FID), la China lidera la prevalencia de esta enfermedad con más de 98,4 millones de diabéticos, seguida de India (65,1 millones), EEUU (24,4 millones), Brasil (11,9 millones), Federación Rusa (10,9 millones), México (8,7 millones), Indonesia (8,5 millones), Alemania (7,6 millones), Egipto (7,5 millones), Japón (7,2 millones). (21)

A nivel Latinoamericano la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que se han registrado 55.4 millones de personas diabéticas que viven en América, de los cuales 18 millones están en América Central y del Sur y 37.4 millones en Norte América y el Caribe, además de ello esta entidad señala que de no ser controlada esta enfermedad habrá 33 millones de personas con diabetes para el 2030. (33)

Asimismo la Organización Panamericana de la salud (OPS) precisa que dentro de los países americanos que presentan las tasas más elevadas de prevalencia de la diabetes se encuentra Belice con 12,4% y en México

con 10,7%, Managua, Ciudad de Guatemala y Bogotá las cuales mantienen tasas de alrededor del 8 al 10%. Estados Unidos presenta una prevalencia de alrededor del 9,3%, llegando a prácticamente el 16%, en la frontera México estadounidense. (34)

Según la Oficina de Estadística e informática del Ministerio de Salud en el Perú en los últimos 15 años la prevalencia e incidencia se ha incrementado, afectando a casi 2 millones de personas y es la decimoquinta causa de mortalidad, siendo más frecuente la diabetes tipo II (42.56%); además de ello menciona que las regiones con mayor prevalencia de esta enfermedad son la costa con 6.7- 7.6%(Piura y Lima respectivamente), la Sierra (Huaraz) con 1.3% y la Selva (Tarapoto) con 4.4%. (29)

Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSA) menciona que la prevalencia de la Diabetes Mellitus tiende a aumentar conforme aumenta la edad siendo un 20% la prevalencia de esta enfermedad en personas mayores de 40 años, predomina ligeramente en el sexo femenino el 7.8% corresponde a las mujeres y 7.2% a los hombres. (29)

A nivel local, la diabetes ocupa el decimoprimer lugar de las causas de muerte en la región La Libertad, se estima que 340 mil personas sufren de Diabetes en cualquiera de sus formas y en la Provincia de Trujillo las cifras bordean los 200 mil habitantes con diabetes, estas cifras alarmantes probablemente se deban a la mala nutrición de las personas quienes consumen alta cantidad de carbohidratos, comida chatarra y tienen una vida sedentaria. Según la Oficina de Atención Primaria de la Red Asistencial del Seguro Social en Salud (ESSALUD) La Libertad y los centros hospitalarios del MINSA han detectado en esta región a 20 mil pacientes con esta enfermedad. (29)

En la Unidad de Epidemiología del Hospital Belén de Trujillo (UEPI) se ha iniciado la vigilancia de la diabetes en el grupo denominado: enfermedades no transmisibles (ENT); este programa se inició en el año 2012 y continúa hasta la actualidad con el propósito de brindar datos informativos para conocer más sobre la prevalencia e incidencia de esta enfermedad. Asimismo la UEPI, informa que durante los meses de enero a junio se han registrado un total de 159 personas que padecen de Diabetes Mellitus tipo II en esta institución. (39)

La Diabetes Mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos y su característica común está relacionado a las concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, resultado de defectos en la secreción de insulina, su acción o ambas, se asocia daño de varios órganos especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos además el desarrollo de complicaciones macrovasculares, microvasculares y neurológica. (12) (20) (28)

La Diabetes Mellitus se clasifica con base en el proceso patógeno que culmina en hiperglucemia, son antecedidos por una fase de metabolismo anormal de glucosa. La Diabetes tipo 1 es resultado de la deficiencia completa o casi total de insulina, y la tipo 2 se caracteriza por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa. (25)

En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado. Para superar la resistencia a la insulina y evitar el aumento gradual de la glucemia, debe incrementarse la cantidad de insulina para mantener la

glucemia inicial o ligeramente elevada. Sin embargo si las células beta son capaces de enfrentar la demanda creciente de insulina, la glucemia se eleva y se desarrolla la diabetes tipo 2. (12)

En la diabetes mellitus la insulina es secretada por las células beta, en los islotes de Langerhans del páncreas, es una hormona anabólica o de almacenamiento, que tiene los siguientes efectos: transporta y metaboliza la glucosa por la obtención de energía, estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno) ya que el hígado libera glucosa estimulando al almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adiposo y acelera el transporte de aminoácidos (derivado de las proteínas dietarias) a las células y con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación, musculo, hígado y adipositos. (12)

Las manifestaciones clínicas de la diabetes incluyen las “cinco P” la poliuria (incremento de la micción) y la polidipsia (aumento de la sed) son resultado de la pérdida excesiva de líquidos relacionada con la diuresis osmótica, la polifagia (incremento del apetito) es resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas, la polineuritis afecta a muchos nervios periféricos, la pérdida de peso; por la pérdida de glucosa por orina hace que se pierdan también, las calorías que esta aporta. (12)

El tratamiento se inicia con terapia nutricional médica orientada a evitar o retrasar el comienzo de la Diabetes Mellitus tipo II, además de régimen de ejercicios, estimular el adelgazamiento, autovigilancia de la glucosa sanguínea y la estrategia farmacológica. (25)

La Diabetes Mellitus tiene como complicaciones las enfermedades microvasculares como la retinopatía diabética, causada por cambios en los

pequeños vasos sanguíneos en la retina. La nefropatía a medida que avanza la insuficiencia renal el catabolismo de la insulina exógena y endógena disminuye lo que resulta en episodios frecuentes de hipoglucemia. (12)

Las complicaciones macrovasculares resultan de cambios en los vasos sanguíneos medianos y grandes cuyas paredes se engruesan, esclerosan y ocluyen por placas; a la larga el flujo de sangre se bloquea, la arteriopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica son los tres tipos principales de complicaciones más frecuente, la polineuritis, engrosamiento de la membrana basal capilar y cierre de los capilares y posible desmielinización nerviosa, estas complicaciones más adelante pueden terminar en amputación de la extremidad alterando la imagen corporal de la persona con un alto componente discapacitante que reduce la calidad y expectativa de vida de quien la padece, imponiendo una gran carga económica a los sistemas de salud y a las familias. (12)

La Diabetes Mellitus es una enfermedad donde el componente biológico juega un rol principal tanto para su incidencia como para su mantenimiento y agudización, sin embargo, no es menos conocido que los factores psicológicos, familiares y sociales pueden facilitar su curso o detener su avance. En ese sentido, Fernández y Palmero sostienen que el tratamiento médico de la diabetes consiste en ejercer un control externo sobre la glucosa, es decir, es el comportamiento del sujeto lo que debe modificarse para ejercer un adecuado control de la glicemia. (22)

Una característica que diferencia la Diabetes Mellitus del resto de enfermedades crónicas es la necesidad de que el paciente adopte un papel activo en su autocuidado, tomando el máximo de responsabilidades que, con seguridad, van a implicar decisiones sobre determinados aspectos del

tratamiento. Las dificultades de los pacientes diabéticos en relación al tratamiento para el control de la enfermedad especifican que la felicidad, bienestar, gratitud y la satisfacción aumentan la adherencia al tratamiento; pero las emociones o estados contrarios la disminuyen.

El bienestar psicológico según Veenhoven define al bienestar subjetivo como el grado en que un individuo juzga su vida “como un todo” en términos positivos, es decir, en qué medida un sujeto se encuentra a gusto con la vida que lleva, el individuo utiliza dos componentes: sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, -la satisfacción con la vida-, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros; su rango oscila desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso. La principal característica del bienestar es ser estable, se mantiene en el tiempo e impregna la vida global de los sujetos. El segundo representa el agrado o desagrado que experimenta la persona en relación a sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. (40)

Andrews y Withey definen al bienestar tomando en cuenta los aspectos cognitivos y afectivos. El componente afectivo comprende el plano hedónico, es decir, el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes, es mucho más lábil, momentáneo y cambiante. Ambos componentes se encuentran interrelacionados, una persona que tiene experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Igualmente los sujetos que tienen un alto bienestar son aquellos que experimentan satisfacción con la vida, en los que predomina una valoración positiva de sus circunstancias vitales; frecuentemente su estado anímico es bueno y sólo ocasionalmente experimentan emociones displacenteras como la tristeza. (4)

Diener sostiene que el bienestar subjetivo presenta elementos estables y cambiantes a la vez, si bien es estable a lo largo del tiempo, puede experimentar variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes. (19)

La satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar subjetivo tienden a correlacionar porque ambos están influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en los que se desarrolla su vida. Igualmente, estos componentes, pueden diferir, puesto que la satisfacción con la vida representa una valoración global de la vida como un todo, mientras que el balance afectivo depende más de las reacciones puntuales a eventos concretos que acontecen en el transcurrir de su vida.

Diener, define al bienestar en tres categorías. La primera corresponde a las descripciones sobre el bienestar referidas a la valoración que realiza el propio sujeto de su vida en términos favorables; se relaciona con la satisfacción vital, la segunda es la preponderancia de afectos positivos sobre los negativos; esto se refiere a lo que usualmente una persona puede definir como bienestar cuando predominan los afectos positivos más que los negativos. Y la última concibe a la felicidad como una virtud y como el único valor final y suficiente en sí mismo. Es, porque todo lo demás no es más que un medio para alcanzarla y suficiente porque, una vez conseguida, nada más es deseado. (19)

En resumen el bienestar psicológico presenta elementos que componen su estructura, estos elementos serían: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. De ello se pueden diferenciar dos grandes dimensiones: la dimensión cognitiva y la dimensión emocional o afectiva. (19)

Ryff define al bienestar psicológico como el resultado de una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido. Para una mayor comprensión del mismo ofrece una articulación de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. (36)

Ryff y Keyes diferencian al bienestar psicológico, definiéndolo como percepción subjetiva, estado o sentimiento; la satisfacción es entendida como la gratificación proporcionada por los proyectos personales; mientras que la calidad de vida es el grado en que la vida es percibida favorablemente. Consideran que se puede medir a través de algunos de sus componentes, -afectos y cognición-, los cuales tienen que ser examinados en diferentes contextos tales como familia y trabajo. (36)

En los aspectos positivos de la vida cotidiana se identifican factores determinantes del bienestar psicológico tales como el contexto socio-cultural, los sistemas de creencias, los rasgos de la personalidad, entre otros. En cuanto a la influencia del contexto socio-cultural, puede afirmarse que el común de la gente ha internalizado a través de sus relaciones con el entorno cultural, social y afectivo inmediato, una gran diversidad de creencias acerca del significado de “estar bien” “sentirse bien” o “tener bienestar”. Estas creencias han sido reproducidas de manera diferencial a través de dos tendencias: el individualismo y el colectivismo. (13)

Según este aspecto, la tendencia al colectivismo supone ciertos riesgos en el disfrute y conservación del bienestar psicológico, sobre todo en aquellos casos en que las personas han privilegiado en sus vidas el cumplimiento de normas y las exigencias de su grupo de referencia, del trabajo, de su familia o de su comunidad; mientras que la tendencia al individualismo aumenta por el contrario, la probabilidad de anteponer las

propias necesidades psicológicas y las metas personales, al bienestar psicológico compartido.

Desde esta perspectiva, dentro de las instituciones y mediaciones culturales en cada contexto socio-cultural se podría fomentar estratégicamente en las personas desde temprana edad y en el transcurso de toda la vida, el mantenimiento del equilibrio entre las demandas internas individuales y las expectativas ajenas, disminuyendo así el riesgo de que prevalezcan en ellas: la anomia, la alienación, el narcisismo y el egocentrismo.

En relación con las variables de personalidad, Bisquerra afirma que existen dos rasgos de la personalidad favorables al bienestar: la extroversión y la felicidad. Las personas extrovertidas y felices suelen ser aspirantes en su desempeño y estatus profesional, tienen más facilidad de establecer amistades y conservarlas, se muestran más seguras de sí mismas, aprenden más rápido participando en actividades grupales, tienden a interpretar positivamente diferentes situaciones de la vida, son menos hostiles y vulnerables, más enérgicas y decididas, más creativas y cooperadoras, más organizadas en el uso del tiempo; tienden a ser más estables emocionalmente, autónomas o autodeterminadas en lo que hacen. (9)

En este mismo orden de ideas se han identificado otras características personales vinculadas con el bienestar psicológico, entre ellas: poseer un nivel adecuado de autoestima y autoeficacia, tener la habilidad para adaptarse a las exigencias de una situación imprevista o novedosa, ser tolerante a la frustración, poder manejar adecuadamente el estrés, demostrar capacidad afiliativa y de iniciativa, ser optimista, poseer objetivos vitales y proyecto de vida. (23)

Csikszentmihalyi, coincide con los autores citados, al afirmar que la presencia de rasgos autotélicos de la personalidad (Auto: Yo, Telos: meta) facilita la experiencia subjetiva de bienestar. De acuerdo a sus hallazgos, las personas autotélicas tienen mayor probabilidad de vivenciar la experiencia óptima de flujo de la energía psíquica en la conciencia al percibirse a sí mismas de manera positiva, específicamente cuando se concentran en objetivos claros y realistas y se proponen superar situaciones desafiantes probando de manera autónoma sus habilidades personales. (14)

Otros rasgos autotélicos, son la capacidad de comprometerse emocionalmente con lo que hacen, evidenciando un alto nivel de motivación intrínseca que les conduce a ser cada vez más creativas, a descubrir sus propias estrategias personales encontrando el modo de transformar los sucesos destructivos, negativos o neutros, y así mismo, las tareas impuestas u obligatorias en algo valioso o significativo, suelen dedicar tiempo a la práctica de actividades vinculadas con el arte, el deporte, la religión o el cultivo de la espiritualidad, diferenciándose e integrándose socialmente al mismo tiempo, en la medida en que sus personalidades evolucionan. (14)

Existen otros factores determinantes del bienestar psicológico además de los señalados, dentro de estos factores se incluyen: Las variables psico-sociales referidas a las condiciones demográficas (edad, sexo, género, procedencia); el acceso a los sistemas de apoyo social e integración a la comunidad; las condiciones socio-económicas, las diferencias individuales, la percepción de los sucesos socio-políticos, los valores espirituales, las motivaciones inconscientes; y de igual modo, la calidad subjetiva de la vida, la interpretación de los eventos vitales, el significado de “vivir bien”. (38) (31)

Las variables biológicas, genéticas y constitucionales (predisposición genética a ser felices e infelices, vulnerabilidad a padecer enfermedades o trastornos de orden funcional y homeostático en el organismo, alteraciones del sistema endocrino, de la fisiología cortical y/o del sistema inmunológico. (31)

VARIABLES relacionadas con el cuidado de sí mismo y la salud integral: la ejercitación física, los efectos del movimiento, participación en actividades recreativas, momentos de ocio activo, desarrollo de los talentos personales, entre otras.(31)

De acuerdo con Díaz el estudio eudamónico del bienestar psicológico ha centrado su atención en los indicadores del funcionamiento positivo. Sus primeras concepciones se articularon en torno a conceptos como la auto-actualización, la madurez y el funcionamiento pleno, aportados por Abraham Maslow, pese a los reiterados cuestionamientos en torno a la validez y confiabilidad de los procedimientos de medición que utilizaron.(18)

De acuerdo con Ryff & Keyes, las seis dimensiones claramente diferenciadas que constituyen al bienestar psicológico son: auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. (36)

La primera dimensión es la auto-aceptación o aceptación de sí, entendida como la actitud positiva o apreciación positiva de uno mismo o “sentirse bien consigo mismo” estando consciente de las propias limitaciones. (36)

La segunda dimensión es la capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas, es decir, relaciones estables socialmente

significativas, vínculos psico-sociales, confianza en las amistades y la capacidad de amar. Desde este enfoque se considera que el aislamiento social, la soledad y la pérdida del apoyo de otras personas afectan negativamente la salud física y el tiempo de vida. (36)

La tercera dimensión, es la autonomía una cualidad esencial para sostener la propia individualidad en diferentes contextos sociales, basándose en las propias convicciones y en el mantenimiento de la propia independencia y autoridad personal en el transcurso del tiempo. En este modelo explicativo del bienestar psicológico, la autonomía es concebida como el sentido de autodeterminación que le permite a una persona resistir la presión social y auto-regular su propio comportamiento. (36)

La cuarta dimensión, es la capacidad de manejar de forma efectiva el medio y la propia vida, es decir, tener dominio del entorno; la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables y satisfacer los propios deseos y necesidades. Cuando las personas logran un alto dominio del entorno experimentan una sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir a su alrededor. (36)

La quinta dimensión, son los sentimientos positivos dirigidos hacia el crecimiento y la madurez a través de la búsqueda del desarrollo del propio potencial y el fortalecimiento de las capacidades. Y la sexta dimensión, la constituye la creencia de propósito y el sentido de la vida en función de objetivos claros y metas realistas que doten de significado a las experiencias ya vividas y por vivir. (36)

Es importante señalar que para Ryff, el bienestar podía tener variaciones importantes según la edad, el sexo y la cultura. Al respecto, pudo determinar que cuando las personas se acercaban a la adultez

experimentaban mayor autonomía, mayor dominio medio ambiental y sentimientos positivos hacia el crecimiento personal. (36)

El ajuste de la familia condiciona el bienestar de sus miembros, y una manera de llegar a conocerlo es precisamente a través de la percepción que tienen los miembros del núcleo familiar. Algunas de las características de la familia permiten realizar inferencias sobre la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones durante su ciclo vital y también sobre la evolución del sistema familiar. (32)

Por ello conocer el bienestar psicológico por otra parte informa sobre cómo y porqué los pacientes perciben o experimentan su vida de manera positiva o negativa, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones. (1)

La familia tiene que compatibilizar su propia tarea evolutiva con el cuidado del enfermo, pudiéndose dar con frecuencia reacciones de incompatibilidades con el peligro que esto conlleva de la negación de la enfermedad o bien con la detención del momento evolutivo. Este efecto es mayor si el enfermo es «pieza clave» en el funcionamiento familiar, bien por su rol previo (una madre joven por ejemplo) o bien por sus cualidades y características personales (efecto dinamizador, carácter autoritario y acaparador, etc.). (31)

Las actitudes que acompañan a este síntoma son la falta de comunicación (se intenta erróneamente proteger al enfermo de su diagnóstico), la sobrecarga del cuidador y el aislamiento del paciente. (17)

La actitud de negación del cuidador es frecuente que se prolongue durante toda la enfermedad y sus consecuencias son devastadoras: búsqueda de un diagnóstico «aceptable» (calvario de pruebas complementarias, viajes, consultas) incomunicación, desgaste emocional severo, desconfianza de los servicios sanitarios, dificultad para reconocer el momento de la muerte, dificultad de aceptación de la muerte una vez ésta se produce. (17)

La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o conjunto de fenómenos o conjunto cognoscitivo. Es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales. (27)

Las actitudes son una organización duradera de creencias y cogniciones, dotados de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto. La actitud de la familia del paciente puede tornarse positivas o negativas ante la enfermedad de este, influyendo en el proceso de recuperación y reinserción a su ciclo normal de su vida familiar y profesional. (35)

La actitud designa un estado de disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos y situaciones. (2)

En resumen una actitud es una predisposición emocionalmente afectiva, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica, ya sea a favor o en contra de un objeto definido que se adquiere a través de la experiencia, manteniéndose estable en relación a dicho objeto, en este caso la enfermedad del pariente con Diabetes Mellitus.

El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastantes estables y persistentes. (27)

La actitud se forma de una manera convencional, más que una experiencia previa, en este sentido las actitudes son inimitables y por consiguiente son susceptibles de ser modificados. A partir del momento que una actitud empieza a formarse dicha actitud está cambiando o por lo menos está sujeto de cambio. Así podemos identificar que en una etapa inicial la familia puede aceptar o negar la enfermedad del pariente con Diabetes Mellitus, posteriormente, podrá encontrar la fortaleza para superarlo, caso contrario entrará en una depresión que no beneficiará a la recuperación del paciente. (27)

Entre las características de las actitudes cabe resaltar la posibilidad de aprender, las actitudes no son innatas dependen mucho de la experiencia y el aprendizaje las que pueden ser voluntarios e involuntarios, conscientes e inconscientes, la estabilidad, las actitudes no son transitorias, una vez formados se vigorizan y perduran en el sujeto o simplemente se modifican. (42)

Otras características como la interrelación describe que las actitudes presentan una vinculación entre sí, constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción, la significancia para el individuo y la sociedad explica que toda actitud implica una relación entre persona y los objetos o entre una persona y otro: las actitudes no se auto generan, se forman, se aprende en relación a algo. (42)

Así también es importante conocer los componentes de la actitud, el componente cognoscitivo incluye las creencias que se tiene de un objeto. El número de elementos de esta componente varía de una persona a otra. En sí, este componente es de categoría, utilizado por algunas personas para codificar alguna información. (2)

El componente Emocional o Afectivo se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son Amor-Odio, Gusto-Disgusto, Admiración-Desprecio, Aceptable-Inaceptable, y otras que denotan sentimientos de tipo favorable o desfavorable. Cuando un individuo verbaliza estos sentimientos o emociones resulta que estos son algo más que meros sentimientos. (42)

El tercer componente es la tendencia a la acción incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto de actitud. Se acepta generalmente que hay un lazo entre los componentes cognoscitivo particularmente, las creencias evaluativos y la disposición a responder al objeto. (42)

En resumen la actitud de la familia del paciente de diabetes presenta tres dimensiones basadas en el aspecto cognoscitivo, emocional o afectivo y la tendencia a la acción. La dimensión cognoscitiva incluye las creencias que se tiene de un objeto. La parte emocional es conocida como

el componente sentimental y se refiere a las emociones ligadas con el objeto de actitud. La tendencia a la acción incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto de actitud. (6)

Conociendo ya la naturaleza de la actitud, se está en condiciones para abordar la actitud de la familia, al respecto Boyd define a la familia como un sistema social compuesto de dos o más individuos con fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común. (11)

Así mismo Sánchez refiere que la definición más aceptada de familia es la de varias personas relacionadas por lazos de parentesco que conjuntamente satisfacen tanto necesidades físicas como emocionales, a través de las funciones básicas como son las de reproducción, socialización, cuidado y protección de sus miembros, cooperación económica y satisfacción de necesidades básicas.(37)

La familia contribuye a la formación de las actitudes, su influencia es evidente cuando se observa que las actitudes que tenemos hacia diversos campos como por ejemplo la religión, tolerancia o prejuicios, las ocupacionales y otras; son el resultado de en gran parte de nuestra aceptación o rechazo de las actitudes que guardan los miembros de nuestra familia.

El papel que desempeñan los padres y los hermanos contribuye a la formación de actitudes de nuestra personalidad. La influencia del grupo en el cual se identifica el individuo es otro factor que contribuye a la formación de actitudes. El hecho de que los miembros de un grupo son interdependientes significa que el comportamiento de cada persona influye sobre los demás miembros. Es inevitable a causa de su interdependencia que después de cierto tiempo se institucionaliza que los miembros desarrollen una ideología que implica la afirmación de un conjunto común

de valores, creencias y normas que regulan el comportamiento y sus actitudes. (42)

La posición económica y ocupacional, así como las inspiraciones de un individuo contribuyen también a la formación de actitudes; en resumen todo nuestro fondo socio-económico influye en nuestras actitudes actuales y en los futuros.

Bagnulo señala que cada uno de los familiares de pacientes críticamente enfermos se muestran ansiosos, preocupados, intolerantes o impacientes ante la gravedad o incluso la muerte. Sufren depresiones, angustias, tristezas y lloran aferrándose a la mínima esperanza de una posibilidad de curación aun cuando no tengan las posibilidades económicas. (7)

En varias situaciones la preocupación por la muerte o el nivel de vida que requerirá el paciente con Diabetes Mellitus es la principal preocupación y causante de angustia de los miembros de la familia, y más aún si se trata de los hijos, en caso de los padres.

Las enfermedades como la diabetes suponen una profunda crisis en el funcionamiento de la familia. Suele ser frecuente que ésta se cierre en cuanto a su distribución de roles: la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñando el miembro enfermo y en esta exigencia de responsabilidades suele presentarse de forma brusca (el enfermo deja de tener responsabilidad en relaciones con personas y entidades, laborales económicas) estando favorecida por la sobreprotección al enfermo, al que la enfermedad no ha privado absolutamente de capacidades de decisión y control. (8)

El cuidador primario familiar se asigna (por patrones culturales en nuestro medio casi invariablemente a una mujer: cónyuge, hija, nuera) y desarrolla una relación muy estrecha con el enfermo quedando excluido el resto de los miembros (hijos menores, cónyuge) lo que motiva aparición de culpabilizaciones, problemas de pareja y disfunción familiar.

La enfermedad obliga a un momento de transición en la familia que lleva a adaptarse a las necesidades que impone, a la pérdida y a la muerte. En gran medida la enfermedad es de toda la familia y marca un antes y un después en el ciclo vital familiar. Sus posibilidades de adaptarse serán las que le ayuden a sobreponerse a estos problemas.

La presencia de la enfermedad en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para la familia, que al igual que el enfermo, se traduce en respuestas como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida.(17)

Estas respuestas no constituyen en sí un síntoma familiar sino que pueden ser necesarias para la aceptación de la enfermedad y la muerte. Sólo en familias en que no se produzca una respuesta adaptativa final y queden “enganchados” en una determinada respuesta emocional o ésta altere severamente los cuidados del paciente o la situación del cuidador primario se considerará que se trata de una respuesta disfuncional. (17)

La presencia cercana de la muerte también puede ser constructiva y ayudar al crecimiento de la familia: la pérdida de un miembro de la familia es un recordatorio de la naturaleza frágil de la vida, lo que puede ocasionar una reapreciación de valores, como una consecuencia positiva de la presencia de la enfermedad para los miembros de la familia.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes Mellitus, con su condición de cronicidad exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia juega un rol importante para lograr el control de la enfermedad. (1)

Además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies y el cuidado de los dientes, las cuales deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. (1)

Por tanto, en la medida que sea incorporado un “integrante de la familia” o “un cuidador” en el control y tratamiento del paciente con diabetes, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, como también lograr acercar al paciente a su red social de apoyo, obtendremos mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, logrando adhesividad al tratamiento y con ello, mayor compensación metabólica en el paciente diabético.

En relación a esta investigación encontramos los siguientes estudios que a continuación se detalla:

Azzollini, Bail y Vidal (2011) en su estudio “Percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamiento médicos. 2011 - Buenos Aires”. Investigación de tipo correlacional, encontraron que el 73,9% de los pacientes dijo que su familia nunca se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales que debía realizar, el 21,7% expresó que esto ocurría a veces y el 4,2% dijo percibirlo siempre. (5)

Morales, R (2010), llevó a cabo un estudio con el propósito de establecer el nivel de bienestar psicológico en los pacientes con enfermedad crónica, especialmente la diabetes, se utilizó como muestra a 50 pacientes y se obtuvieron los siguientes resultados: el bienestar psicológico de estos pacientes se encuentra en el nivel o rango aceptable. (30)

González Gallegos, N et al. (2006) en su estudio “Conocimientos y actitudes de la familia en el apoyo al paciente con diabetes mellitus tipo 2”. Investigación de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 206 familiares, en cuanto a las actitudes obtuvieron puntajes adecuados en 5.8%, regulares en 61.2% y malos en 33.0% de los familiares. (24)

Alfaro, Noé et al. (1993) al estudiar a familias de pacientes con DM tipo 2, en relación a las actitudes e información sobre la enfermedad, complicaciones, medidas terapéuticas, factores de riesgo y medidas de control - México, con una muestra de 121 familias, mostraron que el 72.7 % de las familias tienen conocimientos profundos del tratamiento. Sin embargo, en las actitudes de la familia en relación al enfermo, la dieta y su terapia evidenciaron actitudes negativas en el 83.47% de los casos. (1)

Por lo tanto el interés de realizar el presente estudio en pacientes con Diabetes Mellitus, surge a raíz de nuestra experiencia y práctica de formación profesional tanto hospitalaria como comunitaria donde hemos tenido la oportunidad de escuchar confidencias y vivencias de las personas con Diabetes Mellitus, además de observar facies de tristeza, preocupación por tener la enfermedad y saber que la tendrán por toda la vida.

Dentro de las experiencias percibidas observamos que las personas con Diabetes Mellitus II conocen que es importante la dieta, el ejercicio y cumplir su tratamiento, sin embargo la repercusión emocional que trae

consigo la enfermedad no la expresan, pero si temen que las complicaciones acaben con su vida y que sus familiares sufran por ellos ya que al interactuar con este tipo de pacientes escuchamos las siguientes expresiones: “estar en esta situación me mortifica todos los días” , “me siento morir”, “no me gusta verme así”, “que va a ser de mí cuando regrese a mi casa”, “tengo miedo”, expresiones que nos hacen comprender como cada persona percibe su enfermedad y como estos pensamientos afectan su vida diaria, todo lo planteado anteriormente nos motivó a realizar la presente investigación, dado que es un problema que ha ido avanzando y cada vez encontramos en los hospitales más pacientes con diabetes mellitus.

La diabetes impacta física y emocionalmente a quienes la padecen, el carácter crónico de la enfermedad impone una carga muy pesada en los individuos, demandando un cambio drástico en sus formas habituales de vida; si este no se da, las complicaciones a largo y mediano plazo se anticipan en su presentación afectando sensiblemente la calidad de vida de estos pacientes. Todo adulto con Diabetes Mellitus tipo II requiere aceptar y adaptarse a su condición crónica por lo que necesita desarrollar habilidades que le faciliten dicha adaptación y que le faciliten llevar un tratamiento exitoso. Para lo cual resulta necesario e importante la actitud que la familia adopte con relación al paciente. (10)

La importancia del factor psicosocial en la comprensión de la salud y enfermedad es cada vez más reconocida, aspecto que implica la incorporación de nuevas formas de intervención en el tratamiento o cuidado de los enfermos. Es en ese sentido que, las enfermedades crónicas como el caso de la Diabetes Mellitus requieren de una asistencia sanitaria como social en estrecha colaboración, tanto en el ambiente hospitalario como en el ambiente familiar o social, pero sobre todo requiere de una actitud positiva de parte de los familiares. (3) (41)

En tal sentido se busca dilucidar la siguiente interrogante de investigación:

¿Existe relación entre la la actitud de la familia y el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo. 2015?

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar la relación entre la actitud de la familia y el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo. 2015

Objetivos específicos:

- Determinar la actitud de la familia del paciente con Diabetes Mellitus Hospital Belén de Trujillo. 2015
- Determinar el nivel de bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus Hospital Belén de Trujillo. 2015

HIPÓTESIS:

H1

Existe relación entre la actitud de la familia y el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo. 2015

Ho

No existe relación entre la actitud de la familia y el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo. 2015

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. MATERIAL

2.1.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población de estudio estuvo conformada por 50 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que asisten al programa de Estrategia sanitaria de hipertensión y diabetes del hospital Belén de Trujillo y un familiar por cada paciente seleccionado para la muestra.

Criterios de Inclusión

Para los pacientes:

- Varones/mujeres lúcidos que tienen Diabetes Mellitus de tipo II.
- Que habiten en la ciudad de Trujillo.
- Que acepten participar de la investigación.

Para los familiares

- Familiar responsable del cuidado del paciente con Diabetes Mellitus.
- Que deseen participar de la investigación.

Criterios de Exclusión

- Paciente que no se encuentra lúcido y orientado al momento de la entrevista.

2.1.2. MUESTRA

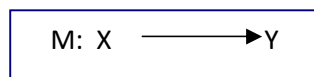
La muestra estuvo constituida por el 100% de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus por ser el universo pequeño además por un familiar de cada paciente.

2.1.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Constituida por cada paciente con Diabetes Mellitus que acude al programa de Estrategia sanitaria de hipertensión y diabetes del Hospital Belén de Trujillo; y un familiar por paciente.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:

Este estudio es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal porque describe la relación entre las variables identificadas y los datos se recolectan en un tiempo determinado. (26)



Donde:

M = Muestra

X = Actitud de la Familia

Y = Bienestar Psicológico

2.3.OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable X: Actitud de la familia

Definición conceptual:

La actitud es una predisposición afectiva, que incita al familiar del paciente con Diabetes Mellitus a reaccionar de una manera característica basada en su componente cognoscitivo, emocional y conductual. (6)

Definición operacional:

La actitud de la familia se midió de acuerdo a la puntuación obtenida de la aplicación de la encuesta Actitud de la familia hacia el paciente con Diabetes Mellitus utilizando la siguiente escala:

Positiva:	34 – 42 puntos
Indiferente:	24 – 33 puntos
Negativa:	14 – 23 puntos

Variable Y: Bienestar psicológico

Definición conceptual:

El bienestar psicológico es una percepción subjetiva, estado o sentimiento que involucra el resultado de una evaluación valorativa por parte del sujeto respecto a la forma que asume frente a la diabetes. (36)

Definición operacional:

Esta variable se midió en función de los puntajes alcanzados de la aplicación del instrumento Bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, utilizando la siguiente escala:

Presencia de bienestar	26 – 39 puntos
Ausencia de bienestar	13 –25 puntos

2.4.PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Se realizó la coordinación respectiva con la enfermera encargada coordinadora del Programa de Estrategia sanitaria de hipertensión y diabetes, del Hospital Belén de Trujillo. Se aplicaron dos instrumentos solicitando el permiso correspondiente para su realización y aplicación del instrumento de recolección de datos a los pacientes con Diabetes Mellitus seleccionado como muestra de estudio, previa explicación a cada uno de los pacientes que asisten al programa, así mismo a los familiares, en los momentos libres, se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó su libre participación mediante el consentimiento informado.

El primer cuestionario permitió determinar la Actitud de la familia hacia el paciente con Diabetes Mellitus, el cual fue elaborado por Díaz y modificado por los autores en base a los objetivos del estudio, consta de 14 ítems que valoran la actitud positiva, negativa o indiferente de la familia hacia el paciente con Diabetes Mellitus. (Ver anexo N° 2)

El segundo instrumento sirvió para evaluar el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus elaborado por Ryff, C. & Keyes, C (1995) consta de 13 ítems que determinan la presencia y ausencia de bienestar psicológico. (Ver anexo N° 3)

Cada paciente llenó la encuesta de bienestar psicológico, que previamente fueron indexadas para un manejo mejor. Así mismo, cada familiar del paciente completó la encuesta de actitud familiar, en un periodo de 10 a 15 minutos, dependiendo de la velocidad y comprensión lectora en cada uno de ellos.

VALIDEZ

Para la validez del instrumento, se aplicó la fórmula “r” de Pearson en los ítems del instrumento de medición. Se obtuvo un $r = 0.829$ ($r_s > 0.50$), lo cual indica que el instrumento que evalúa la actitud de la familia es válido. (Ver anexo N°5).

MUESTRA PILOTO: El instrumento fue validado con una muestra de 15 familiares de los pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus que asisten al Hospital Belén de Trujillo, con el propósito de evaluar el instrumento que ha sido aplicado en la población.

CONFIABILIDAD

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizó la estadística Alfa de Cronbach donde se obtuvo un índice de confiabilidad de $\alpha = 0.899$ ($\alpha > 0.50$), lo cual indica que el instrumento que evalúa la actitud de la familia del paciente con diabetes mellitus es confiable. (Ver anexo N°6).

2.8.Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Se aplicaron los principios éticos en la realización de esta investigación. La población en estudio se mantuvo de forma anónima así mismo se solicitó el consentimiento informado de los participantes, se les explicó sobre la finalidad del estudio y que su participación es voluntaria.

Así mismo, la investigación se mantiene en lineamientos originales en cuanto al proceso de recopilar datos, información del marco teórico, sin cometer plagio de otras investigaciones.

III. RESULTADOS

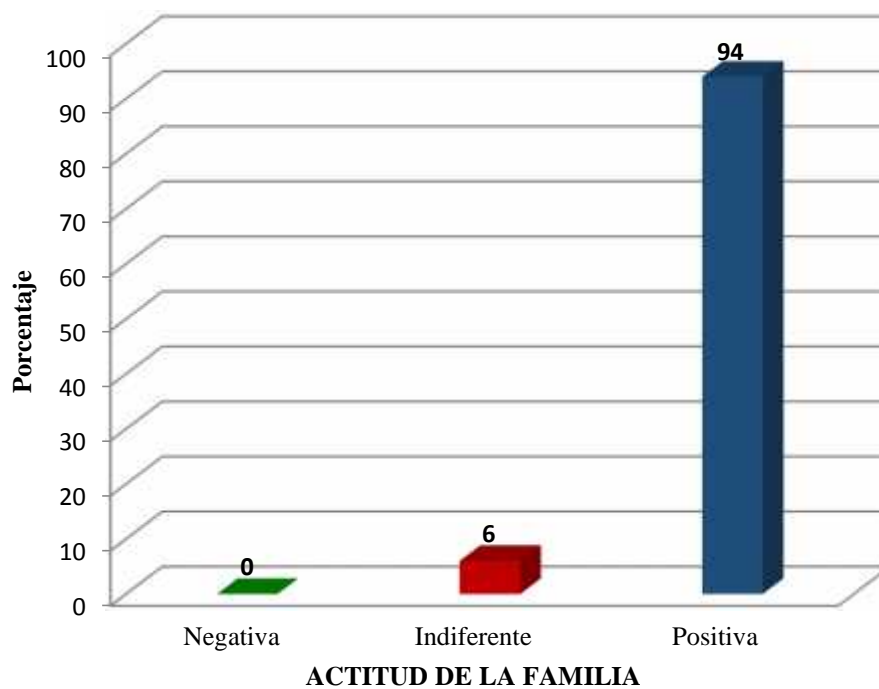
TABLA N° 01:
ACTITUD DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.

Actitud de la familia	N°	%
Negativa	0	0
Indiferente	3	6
Positiva	47	94
Total	50	100

FUENTE: Aplicación del Instrumento que evalúa la actitud de la familia del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo, 2015.

GRÁFICO N° 01:

ACTITUD DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.



Fuente: Tabla N° 01

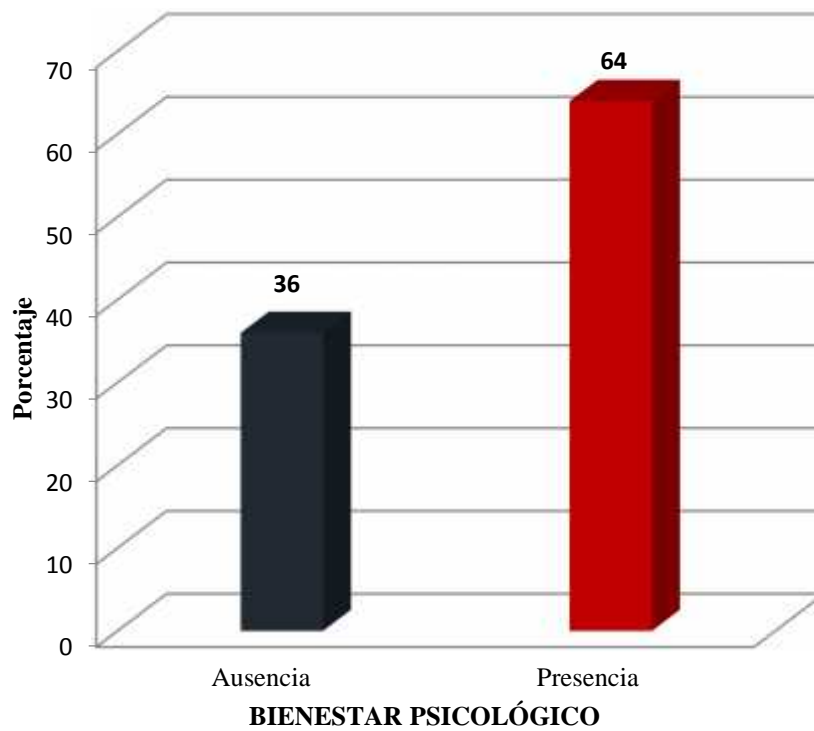
TABLA N° 02:

**DISTRIBUCIÓN DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.**

Bienestar psicológico	N°	%
Ausencia	18	36
Presencia	32	64
Total	50	100

FUENTE: Aplicación del Instrumento que evalúa el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo, 2015.

GRÁFICO N° 02:
BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.



FUENTE: Tabla N °02

TABLA N° 03:

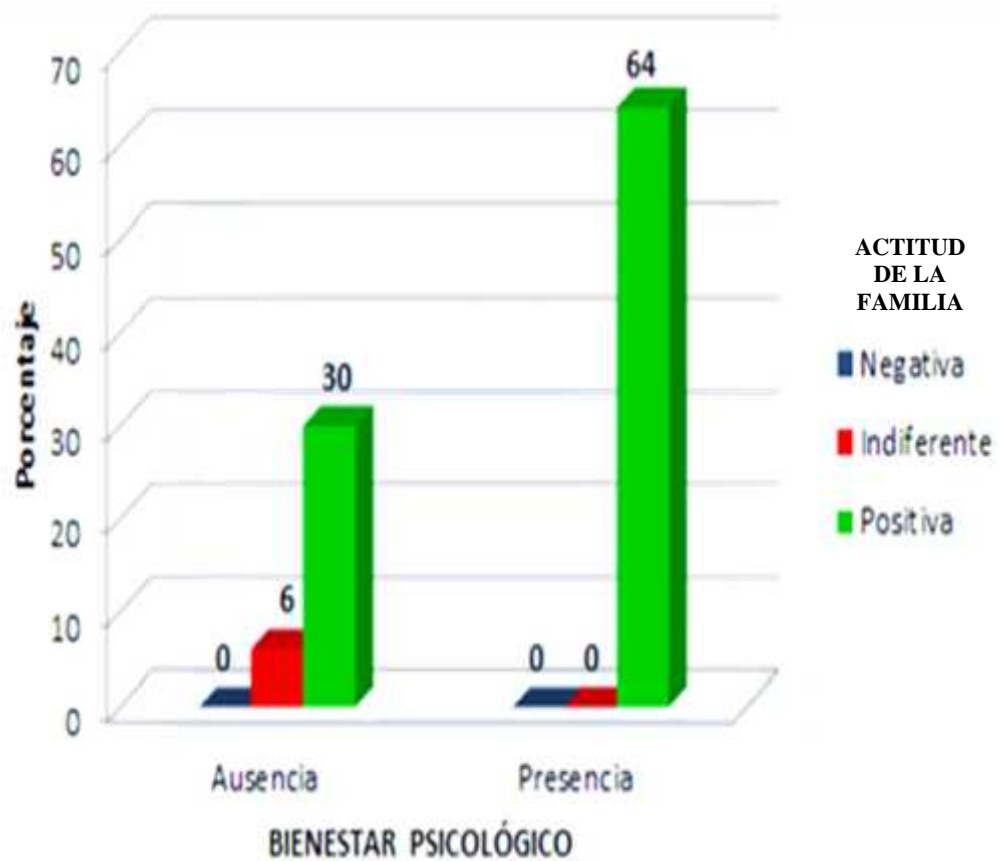
**ACTITUD DE LA FAMILIA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR
PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS,
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015.**

Bienestar psicológico	Actitud de la familia						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia	0	0	3	6	15	30	18	36
Presencia	0	0	0	0	32	64	32	64
Total	0	0	3	6	47	94	50	100
$X^2 = 5.674$				$P = 0.017 < 0.05$				

FUENTE: Aplicación del Instrumento que evalúa la actitud de la familia y el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo, 2015.

GRÁFICO N° 03:

ACTITUD DE LA FAMILIA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO – 2015.



FUENTE: Tabla N° 03

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación realizado en el Hospital Belén de Trujillo, 2015 con los familiares de pacientes con diabetes mellitus, se encontró que el 94% de las familias tienen actitud positiva y el 6% actitud indiferente, resultados que se muestran en la tabla N°1.

Estos hallazgos difieren con lo descrito por Gonzales Gallegos y col. en el 2006 en el que se reportó que el 61.2% evidenció actitud regular y el 33% actitud mala; así mismo Alfaro y col. en 1993 al estudiar las actitudes e información que tienen las familias de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, reportaron que el 83.47% de familiares evidenció actitudes negativas.

Por otro lado Azzolinni y col. en el 2011 encontraron que el 73,9% de los pacientes dijo que su familia nunca se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales que debía realizar, el 21,7% expresó que esto ocurría a veces y el 4,2% dijo percibirlo siempre.

En la tabla N° 02 se presentan los resultados sobre el Bienestar Psicológico del paciente con Diabetes Mellitus en los que se evidencia que el 64% de los pacientes mostraron bienestar en tanto que el 36% se encontró ausencia de bienestar psicológico.

Estos hallazgos se relacionan con los estudios realizados por Morales R. en el 2010 sobre el nivel de bienestar psicológico en los pacientes con enfermedad crónica, especialmente diabetes en el que se reportó nivel o rango aceptable de bienestar psicológico.

En la tabla N°3 se observa que el 94% de los familiares obtienen nivel positiva de Actitud de la familia y presencia de bienestar psicológico, el 30% de los familiares obtienen nivel positiva de Actitud de la familia y nivel de ausencia en bienestar psicológico, en tanto que el 6% de los familiares obtienen nivel indiferente de Actitud de la familia y ausencia de bienestar psicológico.

IV. CONCLUSIONES

1. La actitud de la familia fue positiva en un 94%; mientras que la actitud indiferente fue de un 6%, no se evidencia actitud negativa.
2. El 64% de pacientes con Diabetes Mellitus presenta bienestar psicológico mientras que el 36 % evidencia ausencia de bienestar.
3. La actitud de la familia se relaciona significativamente con el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus ($p = 0.01$), cuando la actitud de la familia es positiva el paciente evidencia mayor presencia que ausencia de bienestar.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Incorporar la promoción del bienestar psicológico en la atención de personas con diabetes mellitus que es multidisciplinar y que implica tanto la esfera individual como la social e institucional.
- 2.** Estimular a trabajar en investigaciones donde tomen en cuenta las variables que permitan involucrarse en otras realidades y un mayor conocimiento sobre la función de la familia en el mantenimiento del bienestar psicológico.
- 3.** Realizar investigaciones con enfoque cualitativo para lograr profundizar en las variables de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldrette, M. La influencia de la familia en el control metabólico en el paciente diabético tipo 2. Revista, Vol.35, No.5. México. 1993.
2. Ander E. Técnicas de Investigación Social. Buenos Aires. ED. Humanitas, 1986, Pp.252.
3. Anderson R. y Bury, M. ed.: Living with chronic illness. The experience of patients and their families. London: Unwin Hyman, 1988.
4. Andrews, F. y Withey, S. Social Indicators of Well-Being: Americas' Perceptions of Life Quality. New York: Plenum. 1976.
5. Azzollini S, Bail Pupko V. Percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamientos médicos. Argentina 2011. [Accesado el 4 de Diciembre del 2014]
Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185116862011000100035&script=sci_arttext
6. Bacigalupo, J. Gerez. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Médica. Vol. 16. Nro. 3. Uruguay. 2000.
7. Bagnulo, H. Suspensión y limitación de los tratamientos en el paciente crítico. Revista Médica. Edición Nro. 1. Uruguay.1999.
8. Benítez M, Salinas A. Cuidados paliativos y atención primaria. Aspectos de Organización. Barcelona: Springer Verlag Ibérica. 2000.

9. Bisquerra, R. Educación emocional y bienestar. Revista No16.Barcelona: Ciss- Praxis. 2000.
10. Bisschop y col. Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. Social Science & Medicine. 2ºed. p.: 59, 721-733. EE.UU. 2004.
11. Boyd, S. Bases conceptuales para la intervención de enfermería con Familias en: Hall, J. y Redding, B. Enfermería en Salud Comunitaria. Un enfoque de Sistemas. 2ª ed. Pp. 185 – 186.Washington DC. 1990.
12. Brunner, J y Suddarth, K. Manifestaciones clínicas de las enfermedades crónicas. 3º edición España. Ed. Paidós Ibérica.Pp.:123-132.2000.
13. Correa, J. “Autoconcepto de la Diabetes Mellitus en pacientes que asisten a la clínica de atención integral en el centro de salud Jorge Sinfaroso Bravo. Municipio de Granada. Período octubre – diciembre 2008”. [Tesis de maestría]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2008.
14. Csikszentmihalyi, M. Una psicología de la felicidad. Undécima edición. Barcelona: Kairós. 2005.
15. Davidson, J y col. Manual de Automonitoreo de Diabetes de la Asociación Latino Americana de Diabetes. 6º ed. Ed. Guzmán. Colombia.2007
16. Dávila, M. y Jiménez, M. Psico Diabetes: Centro de Diabetes para Puerto Rico. 2005
17. De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed Doyma; 1994.

18. Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I. y Dierendonck, D. Adaptación española Escalas de bienestar psicológico. *Psicothema*. 18(3), p. 572- 577. 2005.
19. Diener, E. Subjective Well-Being and Personality. En D. F. Barone y M. Hersen, *Advanced Personality: The Plenum Series in Social/Clinical Psychology* pp. 311-334. Nueva York: Plenum Press.1998.
20. Farreras Rozman. *Medicina Interna 16ª ed.* Ed. El selver Pp.:1955. España. 2009.
21. Federación Internacional de Diabetes Atlas de la Diabetes de la FID. 6ta Ed. 2013. [Accesado el 10 de Noviembre del 2014]
Disponible en:
http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
22. Fernández, E y Palmero, F. Emociones y salud. En Fernández – Abascal, E y Palmero (Eds.) *Emociones y salud*. Barcelona, España: Ariel; 1999
23. García, C. y López, I. La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista. Cuba*. (2000).
24. Gonzales G. Conocimientos y actitudes de la familia en el apoyo al paciente con diabetes mellitus tipo 2”. *Revista*. 2006 [Accesado el 21 de enero 2015]
Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71479&id_seccion=4295&id_ejemplar=7141&id_revista=8

25. Harrison, T. Principios de Medicina Interna 18^a ed. Ed. McGraw-Hill Pp.: 2275, 2298. 2012.
26. Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la investigación. 3^a ed. México: McGraw-Hill. 2003.
27. Kresh y otros. Psicología Social. México: Ed. Interamericana, S.A. 2da. , p.152. 1982
28. Long, Bárbara y Col. Enfermería Medicoquirúrgica. 3^o Ed. Ed. Harcourt Brace. Pp.:47, 49, 50-51, 794, 796, 816-817. Madrid. España. (1998)
29. Ministerio de Salud Prevalencia de Diabetes Pp.: 45-48 Lima, Perú. 2010.
30. Morales, R. Bienestar psicológico del paciente con enfermedad crónica. 2010 [Tesis], Quetzaltenango, Guatemala. Universidad Rafael Landívar, [Accesado el 21 enero del 2015]
Disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Noriega-Gabriela.pdf>
31. Muñoz, C. Perspectiva psicológica del bienestar subjetivo. Psicogente, 10(18); 163.2007.
32. Musitu, G., Buelga, S. Lila, M. y Cava, M^aJ. Familia y adolescencia. Madrid: Síntesis.2001.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes Mellitus en Latinoamérica. 2010. [Accesado el 20 de noviembre del 2014]
Disponible
en:<http://new.paho.org/hq/index.php?option=com.content&view=article&id=6715&Itemid=39446&lang=es>

34. Organización Panamericana de la salud Prevalencia de Diabetes en el mundo. 2012. [Accesado el 20 noviembre del 2014] Disponible en: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com.content&view=article&id=6717&Itemid=39447&lang=es>
35. Rodríguez. “La Psicología y el Ser”. México, p.100. 1980.
36. Ryff, C. y Keyes, C. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727. 1995.
37. Sánchez, M. El apoyo social informal en: Organización Panamericana de la Salud. La atención de los Anciones. Un desafío para los años 90. Washington DC. N° 546. p. 387.1994.
38. Triandis, H. *Culture and social behavior*. New Cork, USA: McGraw-Hill. 1994.
39. Unidad Epidemiológica Programa de Diabetes del Hospital Belén de Trujillo. 2013
40. Veenhoven, R. “Is Happiness Relative?” *Social Indicators Research*, 24: 1-34.1991.
41. Ver Finch, J. *Family Obligations and Social Change*. Oxford: Polity Press, 1989
42. Whittaker, J. “Psicología”. 4ta. México: Ed Interamericana, S.A. 1989.

ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Consentimiento Informado

Yo.....expreso mi consentimiento para participar de este estudio “Actitud de la familia y bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus. Hospital Belén de Trujillo 2015” dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo. Dejo constancia que mi participación es voluntaria.

Firma

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTITUD DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Por: Díaz 1992
Modificado por:
Baca y Córdova

La presente encuesta es de tipo confidencial y anónima, tiene por objetivo investigar la actitud de la familia hacia el paciente con diabetes mellitus.

A continuación se le presenta 14 ítems con respecto a lo que siente, cree o piensa sobre su familiar con Diabetes Mellitus. Usted deberá indicar con un aspa (x) su grado de acuerdo o desacuerdo en cada uno de ellas, teniendo en cuenta la siguiente escala.

A = **De acuerdo**
D = **Desacuerdo**
I = **Indiferente**

Edad: _____

Sexo: M () F ()

Estado civil: Soltera (o) ()

Viuda(o) ()

Casada(o) ()

Divorciada (o) ()

ÍTEMS	A	D	I
1. Pienso que mi familiar con diabetes no es una carga económica para la familia.			
2. Creo que es importante brindarle la mejor atención posible.			
3. Pienso que mi familiar con diabetes debe mejorar su calidad de vida y hábitos alimenticios.			

4. Creo que lo más importante para mi familiar es brindarle amor y comprensión.			
5. Pienso que mi familiar con diabetes debe seguir indicaciones precisas para cuidar o mantener su salud.			
6. Pienso que mi familiar con diabetes es capaz de atenderse a sí mismo.			
7. Creo que brindar y asistir a mi familiar con diabetes es agradable y no quita mucho tiempo.			
8. Siento que mi familiar con diabetes es un apoyo, que vivir a su lado me permite crecer como persona.			
9. Siento y muestro respeto hacia mi familiar con diabetes.			
10. Creo que mi familiar con diabetes puede realizar sus actividades diarias pese a su enfermedad.			
11. Pienso que mi familiar con diabetes mantiene su independencia y espacio personal.			
12. Creo que mi familiar con diabetes debe seguir desarrollando normalmente su vida, con las precauciones debidas.			
13. Siento interés por conocer los efectos de los medicamentos que recibe mi familiar que sufre de diabetes.			
14. Acompaño a mi familiar a sus controles médicos periódicos.			

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Por: Ryff y Keyes

INSTRUCCIONES

A continuación se le formularán 13 enunciados donde se conocerá el bienestar psicológico con referencia a la actitud de la familia, como se siente, piensa y actúa. Usted deberá indicar con un aspa (x) su grado de acuerdo o desacuerdo en cada uno de ellas, teniendo en cuenta la siguiente escala.

A = De acuerdo
D = Desacuerdo
I = Indiferente

N°	ÍTEMS	A	D	I
1	Mi familia me apoya emocional y económicamente a sobrellevar la diabetes.			
2	Siento que soy un apoyo para mi familia pese a mi diagnóstico de diabetes.			
3	Pese a la diabetes, sigo siendo una persona independiente y necesaria para mi familia.			
4	Mis familiares respetan y consideran mis opiniones.			
5	Mi familia me comprende y escucha activamente.			
6	Cuento con mi familia para compartir mis preocupaciones y planes futuros.			

7	Considero que la diabetes no será un obstáculo para continuar desarrollando mi vida.			
8	Mantengo mis planes y sueños a pesar de tener diabetes.			
9	Considero que uno obtiene lo que se propone si lucha por ello.			
10	Siento que soy capaz de seguir con mis funciones diarias a pesar de tener diabetes.			
11	A pesar de tener diabetes, me siento fuerte, decidido y con ganas de alcanzar mis metas.			
12	Personalmente, considero que la vida tiene algo especial para mí en el futuro.			
13	Me siento seguro y confiado sobre mis planes futuros.			

ANEXO N° 4

**ANÁLISIS DE VALIDÉZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
QUE EVALÚA LA ACTITUD DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS.**

N°	ÍTEMS													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1	1	2	3	3	3	2	3	1	1	1	1	3	2
2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2
3	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	3	2
4	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2
5	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	1
6	2	1	2	1	3	1	1	1	3	1	3	3	1	1
7	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3
8	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1
9	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	2	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	2
11	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
12	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3
13	1	1	2	1	1	3	1	1	2	2	3	1	1	2
14	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2
15	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1

Fuente: Muestra Piloto.

ANEXO N° 5

Prueba de Validez Interna del Instrumento que evalúa la actitud de la familia del paciente con diabetes mellitus “r_s” Correlación de Pearson

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2} \times \sqrt{n \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Dónde:

r: Correlación de Pearson

x: Puntaje impar obtenido

x²: Puntaje impar al cuadrado obtenido

y: Puntaje par obtenido

y²: Puntaje par al cuadrado obtenido

n: Número de educandos

: Sumatoria

Estadístico	x	y	x ²	y ²	xy
Suma	210	194	3134	2718	2883

$$r = \frac{15 \times 2883 - 210 \times 194}{\sqrt{15 \times 3134 - (210)^2} \times \sqrt{15 \times 2718 - (194)^2}} = 0.829 > 0.50 \Rightarrow \text{Válido}$$

ANEXO N°6

1. Prueba de Confiabilidad del Instrumento que evalúa la actitud de la familia del paciente con diabetes mellitus “ ” de Cronbach

$$r = \frac{k}{k-1} \times \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Dónde:

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza de cada ítem

S_t^2 : Varianza del total de ítems

: Sumatoria

k	$\Sigma(S_i^2)$	S_t^2
14	8.714	52.638

$$r = \frac{14}{14-1} \times \left(1 - \frac{8.714}{52.638} \right) = 0.899 > 0.50 \Rightarrow \text{Confiable}$$

ANEXO N°7

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Tabla 4: Prueba de hipótesis de la Actitud de la familia y su relación con el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo – 2015.

Bienestar psicológico	Actitud de la familia				Total
	Indiferente		Positiva		
	O	E	O	E	
Ausencia	3	1.08	15	16.92	18
Presencia	0	1.92	32	30.08	32
Total	3		47		50

Fuente: Aplicación del Instrumento que evalúa la actitud de la familia y el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo – 2015.

Hipótesis de la Chi-cuadrado:

Hipótesis nula (H₀): La actitud de la familia **no se relaciona** significativamente con el bienestar psicológico de los pacientes con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo – 2015.

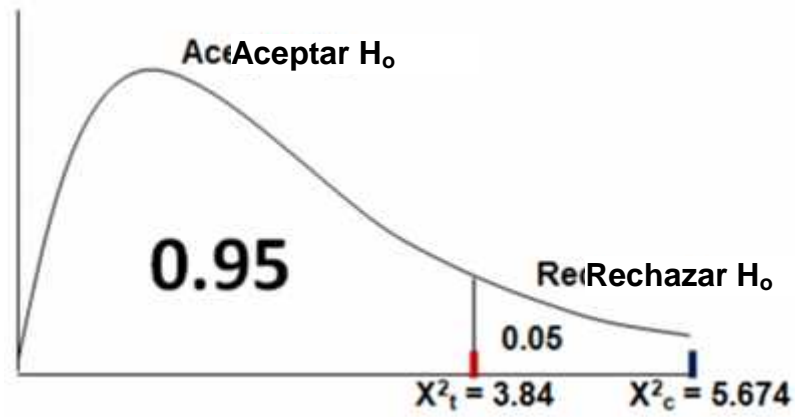
Hipótesis alterna (H₁): La actitud de la familia **se relaciona** significativamente con el bienestar psicológico de los pacientes con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo – 2015.

ESTADÍSTICO DE PRUEBA: “CHI-CUADRADO” $t^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$

Dónde:

- O: Valores observados
- E: Valores esperados
- Nivel de significancia = 0.05

Figura 4: Región crítica de la Actitud de la familia y su relación con el bienestar psicológico del paciente con Diabetes Mellitus, Hospital Belén de Trujillo – 2015.



Fuente: Tabla 4.
Elaboración propia