

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES



CALIDAD DE VIDA Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD LA NATIVIDAD, TACNA 2024

Tesis presentada por:

Bach. Murillo Murillo, Eduardo Adolfo

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

TACNA – PERÚ

2025

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Eduardo Adolfo Murillo Murillo, bachiller de la Escuela Profesional de Psicología, adscrita a la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades de la Universidad Privada de Tacna, identificado/a con DNI 47880206, soy autor/a de la tesis titulada: «Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.», asesorado/a por el Dr. Alex Alfredo Valenzuela Romero.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Ser el/la único/a autor/a del texto entregado para obtener el Título Profesional de Licenciado/a en Psicología.

Así mismo, declaro no haber transgredido ninguna norma universitaria con respecto al plagio ni a las leyes establecidas que protegen la propiedad intelectual.

Declaro que, el archivo entregado en formato PDF corresponde exactamente al texto digital que presento junto al mismo.

Por último, declaro que para la recopilación de datos se ha solicitado la autorización respectiva según corresponda, evidenciándose que la información presentada es real con pleno respeto de los derechos de autor, y soy conocedor de las sanciones penales en caso de infringir las leyes del plagio y de falsa declaración, y que firmo la presente con pleno uso de mis facultades y asumiendo todas las responsabilidades de ella derivadas.

Por lo expuesto, mediante la presente, asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado; asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello, en favor de terceros, con motivos de acciones, recriminaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrases causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.

Tacna, 04 de setiembre de 2026



Eduardo Adolfo Murillo Murillo
DNI: 47880206

Agradecimientos

A mi asesor Dr. Alex A. Valenzuela Romero por su valiosa asesoría y excelente orientación en la realización del presente estudio

A mis padres, por su apoyo todos estos años y por permitirme acceder a una educación de calidad, guiar mis pasos y corregirme con paciencia y sabiduría.

A la comunidad de La Natividad y la gerencia del Centro de Salud La Natividad por las facilidades brindadas. Espero que esta investigación pueda contribuir a la mejora en el tratamiento de los pacientes crónicos en general, pero sobre todo a aquellos que luchan diariamente contra la diabetes mellitus

Dedicatoria

A mi madre, por haber estado siempre a mi lado de manera incondicional, brindándome la motivación que en ocasiones me faltaba y por ser el mejor ejemplo que he tenido en mi vida.

Título

Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados
que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Autor

Eduardo Adolfo Murillo Murillo

Asesor

Dr. Alex Alfredo Valenzuela Romero.
ORCID: 0000-0001-9160-750X

Orcid

0000-0001-9160-750X

Línea de Investigación

Persona, Sociedad y Salud Mental

Sub Línea de Investigación

Bienestar Psicológico y Sistemas Relacionales

Índice de Contenidos

Índice de Contenido	v
Índice de Tablas	xi
Índice de Figuras	xiii
Resumen	xv
Abstract	xvi
Introducción	1
Capítulo I: El Problema	3
1.1. Determinación del problema	3
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Interrogante general	6
1.2.2. Interrogantes específicas	6
1.3. Justificación de investigación	7
1.4. Objetivos de la investigación	8
1.4.1. Objetivo general	8
1.4.2. Objetivos específicos	8
1.5. Antecedentes del estudio	9
1.5.1. Antecedentes internacionales	9
1.5.2. Antecedentes nacionales	11
1.5.3. Antecedentes regionales	13
1.6. Definiciones Básicas	15
1.6.1. Autocuidado	15
1.6.1. Amigos, Vecindario y Comunidad	15
1.6.2. Autoconcepto	16
1.6.3. Autoconcepto Académico/Laboral	16
1.6.4. Autoconcepto Emocional	16
1.6.5. Autoconcepto Familiar	16
1.6.6. Autoconcepto Físico	17

1.6.7. Autoconcepto Social	17
1.6.8. Autocuidado	18
1.6.9. Calidad de Vida	18
1.6.10. Educación y Ocio	18
1.6.11. Enfermedad Crónica	18
1.6.12. Hogar y Bienestar Económico	19
1.6.13. Hipoglucemia	19
1.6.14. Medios de Comunicación	19
1.6.15. Religión	20
1.6.16. Salud	20
1.6.17. Tratamiento con Insulina	20
1.6.18. Vida Familiar y Familia Extensa	21
Capítulo II: Fundamento Teórico de la Variable 1: Calidad de Vida	22
2.1. Definición de Calidad de Vida	22
2.2. Dimensiones de la Calidad de Vida	24
2.2.1. Dimensión 1. Hogar y Bienestar Económico	25
2.2.2. Dimensión 2. Amigos, vecindario y comunidad	25
2.2.3. Dimensión 3. Vida Familiar y Familia Extensa	25
2.2.4. Dimensión 4. Educación y Ocio	26
2.2.5. Dimensión 5. Medios de Comunicación	26
2.2.6. Dimensión 6. Religión	26
2.2.7. Dimensión 7. Salud	27
2.3. Evolución de Concepto de Calidad de Vida	27
2.4. La Teoría de Olson y Barnes	29
2.5. Características de la Calidad de Vida	30
2.6. Calidad de Vida Relacionada con la Salud	31
2.6.1. Funcionamiento físico u ocupacional	35
2.6.2. Funcionamiento psicológico	35
2.6.3. Interacción social	36

2.6.4. Sensaciones somáticas o síntomas	36
2.7. Modelo de Evaluación de Factores Psicosociales Determinantes de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud	36
2.8. Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2	41
CAP III Fundamentos Teórico Científicos de la Variable 2: Autoconcepto	46
3.1. Definición del Autoconcepto	46
3.2. Dimensiones Básicas del Autoconcepto	48
3.2.1. Autoconcepto Académico / Laboral	48
3.2.2. Autoconcepto Social	48
3.2.3. Autoconcepto Emocional	49
3.2.4. Autoconcepto Familiar	50
3.2.5. Autoconcepto Físico	51
3.3. Origen del Autoconcepto	51
3.4. Características del Autoconcepto	55
3.4.1. Organizado	56
3.4.2. Multifacético	56
3.4.3. Jerárquico	56
3.4.4. Estable	56
3.4.5. Experimental	56
3.4.6. Valorativo	57
3.4.7. Diferenciable	57
3.5. Percepciones que Forman el Autoconcepto	58
3.6. Modelos de Autoconcepto	59
3.6.1. El modelo multidimensional de factores independientes	63
3.6.2. El modelo multidimensional de factores correlacionados	63
3.6.3. El modelo multidimensional multifacético	63
3.6.4. El modelo multidimensional multifacético taxonómico	64
3.6.5. El modelo compensatorio	64
3.6.6. El modelo multidimensional de factores jerárquicos	64

3.7. Distinción entre Autoconcepto y Autoestima	65
3.8. Funciones del Autoconcepto	67
3.9. Autoconcepto en diabetes	68
3.9.1. Impacto Psicológico de la Diabetes	71
3.9.2. Complicaciones Crónicas Producidas por la Diabetes Mellitus Tipo 2	74
3.9.2.1. Neuropatía	74
3.9.2.2. Enfermedad vascular periférica	74
3.9.2.3. Pie diabético	75
3.9.2.4. Retinopatía	75
Capítulo IV: Metodología	77
4.1. Enunciado de la Hipótesis	77
4.1.1. Hipótesis General	77
4.1.2. Hipótesis Específicas	77
4.2. Operacionalización de variables y Escalas de Medición	78
4.2.1. Variable 1	78
4.2.1.1. Identificación	78
4.2.1.2. Definición Teórica	78
4.2.1.3. Definición Operacional	78
4.2.2. Variable 2	80
4.2.2.1. Identificación	80
4.2.2.2. Definición Teórica	80
4.2.2.3. Definición Operacional	80
4.3. Tipo y Diseño de la Investigación	80
4.3.1. Tipo de Investigación	80
4.3.2. Diseño de Investigación	82
4.4. Ámbito de la investigación	83
4.5. Unidad de estudio, población y muestra	84
4.5.1. Unidad de Estudio	84
4.5.2. Población	84

4.5.3. Muestra	85
4.6. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	85
4.6.1. Procedimientos	85
4.6.2. Técnicas	86
4.6.3. Instrumentos	86
4.6.3.1. Cuestionario de Calidad de Vida de Olson y Barnes	86
4.6.3.2. Autoconcepto Forma 5	86
Capítulo V: Los Resultados	90
5.1. El Trabajo de Campo	90
5.2. Diseño de Presentación de Resultados	90
5.2.1. Datos Sociodemográficos	91
5.2.2. Calidad de Vida y Autoconcepto	109
5.3. Contrastación de hipótesis	123
5.3.1. Prueba de Normalidad	123
5.3.2. Contrastación de Hipótesis General	124
5.3.3. Contrastación de Hipótesis Específica 1	126
5.3.4. Contrastación de Hipótesis Específica 2	128
5.3.5. Contrastación de Hipótesis Específica 3	130
5.3.6. Contrastación de Hipótesis Específica 4	132
5.3.7. Contrastación de Hipótesis Específica 5	134
5.4. Discusión	136
Capítulo VI: Conclusiones y Sugerencias	143
6.1. Conclusiones	143
6.2. Sugerencias	144
Referencias	147
Anexo 1 Matriz de Consistencia	169
Anexo 2 Autorización para aplicación de instrumentos de investigación	174
Anexo 3 Juicio de Expertos	176
Anexo 4 Data Estadística	187

Índice de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de la variable 1: calidad de vida	79
Tabla 2. Operacionalización de la variable 2: autoconcepto	81
Tabla 3. Resultados para edad de pacientes	91
Tabla 4. Resultados para estado civil de pacientes	93
Tabla 5. Resultados para sexo de pacientes	95
Tabla 6. Resultados para presencia de hijos de pacientes	97
Tabla 7. Resultados para número de hijos de pacientes	99
Tabla 8. Resultados para número de personas que viven con el paciente	101
Tabla 9. Resultados para grado de instrucción de pacientes	103
Tabla 10. Resultados para labor que desempeñan los pacientes	105
Tabla 11. Resultados para procedencia de pacientes	107
Tabla 12. Resultados para variable calidad de vida	109
Tabla 13. Resultados para variable autoconcepto	111
Tabla 14. Resultados para dimensión social de autoconcepto	113
Tabla 15. Resultados para dimensión académico/laboral de autoconcepto	115
Tabla 16. Resultados para dimensión emocional de autoconcepto	117
Tabla 17. Resultados para dimensión familiar de autoconcepto	119
Tabla 18. Resultados para dimensión físico de autoconcepto	121
Tabla 19. Prueba de normalidad	124
Tabla 20. Relación entre calidad de vida y autoconcepto	125
Tabla 21. Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto	126
Tabla 22. Relación entre calidad de vida y autoconcepto social	127
Tabla 23. Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto social	128
Tabla 24. Relación entre calidad de vida y autoconcepto académico/laboral	129
Tabla 25. Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto académico/laboral	130

Tabla 26. Relación entre calidad de vida y autoconcepto emocional	131
Tabla 27. Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto emocional	132
Tabla 28. Relación entre calidad de vida y autoconcepto familiar	133
Tabla 29. Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto familiar	134
Tabla 30. Relación entre calidad de vida y autoconcepto físico	135
Tabla 31. Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto físico	136
Tabla 32. Resultados dimensión hogar y bienestar económico de calidad de vida	188
Tabla 33. Resultados para dimensión amigos, vecindario y comunidad de calidad de vida	190
Tabla 34. Resultados para dimensión vida familiar y familia extensa de calidad de vida	192
Tabla 35. Resultados para dimensión educación y ocio de calidad de vida	194
Tabla 36. Resultados para dimensión medios de comunicación de calidad de vida	196
Tabla 37. Resultados para dimensión religión de calidad de vida	198
Tabla 38. Resultados para dimensión salud de calidad de vida	200

Índice de Figuras

Figura 1. Calidad de vida relacionada con la salud de Schwartzmann	39
Figura 2. Modelo conceptual de calidad de vida adaptado de Kuok Fai Leung por Schwartzmann	40
Figura 3. Modelo de autoconcepto de Shavelson et al. (1976)	61
Figura 4. Análisis factorial exploratorio y confirmatorio realizado por Shavelson y Marsh sobre el modelo de Autoconcepto de Soares y Soares	62
Figura 5. Resultados para edad de pacientes	91
Figura 6. Resultados para estado civil de pacientes	93
Figura 7. Resultados para sexo de pacientes	95
Figura 8. Resultados para presencia de hijos de pacientes	97
Figura 9. Resultados para número de hijos de pacientes	99
Figura 10. Resultados para número de personas que viven con el paciente	101
Figura 11. Resultados para grado de instrucción de pacientes	103
Figura 12. Resultados para labor que desempeñan los pacientes	105
Figura 13. Resultados para procedencia de pacientes	107
Figura 14. Resultados para variable calidad de vida	109
Figura 15. Resultados para variable autoconcepto	111
Figura 16. Resultados para dimensión social de autoconcepto	113
Figura 17. Resultados para dimensión académico/laboral de autoconcepto	115
Figura 18. Resultados para dimensión emocional de autoconcepto	117
Figura 19. Resultados para dimensión familiar de autoconcepto	119
Figura 20. Resultados para dimensión físico de autoconcepto	121
Figura 21. Resultados dimensión hogar y bienestar económico de calidad de vida	188
Figura 22. Resultados para dimensión amigos, vecindario y comunidad de calidad de vida	190
Figura 23. Resultados para dimensión vida familiar y familia extensa de	

calidad de vida	192
Figura 24. Resultados para dimensión educación y ocio de calidad de vida	194
Figura 25. Resultados para dimensión medios de comunicación de calidad de vida	196
Figura 26. Resultados para dimensión religión de calidad de vida	198
Figura 27. Resultados para dimensión salud de calidad de vida	200

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables Calidad de Vida y Autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad. Se utilizó un diseño no experimental, descriptivo y correlacional y de carácter transversal. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, estando conformada por 140 pacientes de ambos sexos, mayores de edad, con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistían a consulta externa en Centro de Salud La Natividad. Los instrumentos utilizados fueron: La Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes y el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5). Entre sus resultados, se destaca que el 39,5% presentó una tendencia de calidad de vida buena, 91,6% presentó un autoconcepto medio, así mismo se determinó que no existe relación entre ambas variables un valor $p = 0.074$ mediante la prueba del chi cuadrado. Respecto a las dimensiones del autoconcepto, se halló relación solo en Autoconcepto Familiar ($p = 0,003$) con un 52,9% en nivel medio y Autoconcepto Físico ($p = 0,000$) con un 46,2% en nivel medio. Se concluye que no existe relación entre la calidad de vida y autoconcepto de los pacientes diabéticos tipo 2 del Centro de Salud La Natividad.

Palabras clave: *Autoconcepto, autopercepción, calidad de vida, diabetes mellitus, enfermedad crónica*

Abstract

This research aimed to determine the relationship between Quality of Life and Self-Concept among patients with Type 2 Diabetes Mellitus receiving follow-up care at the La Natividad Health Center in Tacna, Peru. The study used a non-experimental, descriptive, and correlational cross-sectional design. Sampling was non-probabilistic by convenience, consisting of 140 adult patients of both sexes diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus who attended the outpatient clinic. Two instruments were applied: the Olson and Barnes Quality of Life Scale and the Self-Concept Form 5 (AF5) questionnaire. Results showed that 39.5% of participants reported a good quality of life, while 91.6% presented a moderate level of self-concept. The Chi-square test indicated no significant relationship between the two main variables ($p = 0.074$). However, when analyzing self-concept dimensions, significant relationships were found in Family Self-Concept ($p = 0.003$), with 52.9% scoring at a moderate level, and in Physical Self-Concept ($p = 0.000$), where 46.2% also showed a moderate level. It is concluded that there is no overall relationship between quality of life and self-concept among patients with Type 2 Diabetes Mellitus at the La Natividad Health Center. These findings highlight the importance of addressing specific dimensions of self-concept in interventions aimed at improving the well-being of diabetic patients.

Keywords: *self-concept, self-perception, quality of life, diabetes mellitus, chronic illness*

Introducción

La presente investigación se basa en el estudio correlacional de la calidad de vida y el autoconcepto de los pacientes, siendo el objetivo principal demostrar la relación que existe entre ambas variables mencionadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) menciona que la diabetes mellitus es una condición crónica que anualmente impacta a millones de ciudadanos a nivel global. En América Latina, esta enfermedad también tiene un aumento alarmante en mortalidad asociada. La diabetes mellitus no solo representa un desafío físico, sino también psicosocial. La enfermedad puede dañar profundamente el autoconcepto que los pacientes tienen de sí mismos en relación a su imagen corporal y autoconfianza. Además, la autopercepción negativa derivada de diferenciarse socialmente por tener diabetes, se ha asociado con una peor calidad de vida. La autopercepción desfavorable puede generar una espiral negativa entre: menor autoeficacia, menor adherencia al cuidado personal, mayor distrés relacionado con la enfermedad, un autoconcepto más deteriorado (Cadenillas-Maguiña et al., 2024).

La calidad de vida en personas con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2, se ve frecuentemente comprometida debido a las limitaciones físicas, emocionales y sociales que conlleva su manejo cotidiano. Estas alteraciones afectan no solo el estado de salud percibido, sino también la motivación, la interacción social y el sentido de autonomía del paciente. En este contexto, el autoconcepto cumple un papel esencial dentro del desarrollo psicosocial, ya que influye en la manera en que las personas enfrentan su enfermedad, asumen sus cuidados y proyectan su identidad en los distintos ámbitos de la vida (Medina et al., 2018).

En el Capítulo I se menciona el problema de la investigación, también, se explican los motivos que impulsaron a realizar esta investigación dividiéndolos en la determinación del problema, formulación del problema, justificación, antecedentes del estudio y definiciones operacionales

En el Capítulo II, se consideran los fundamentos teórico científicos relacionados a la variable autoconcepto, que incluye su revisión teórica conceptual, modelos estructurales y la relación con el campo de la salud, especialmente en pacientes crónicos diabéticos.

En el Capítulo III se consideran los fundamentos teórico científicos de la variable calidad de vida, incluyendo el desarrollo de su concepto, modelos multidimensionales y la relación con el ámbito de la salud y pacientes crónicos.

Luego el Capítulo IV, en el cual se hace referencia a la parte metodológica utilizada para este estudio, abarcando las hipótesis, operacionalización de las variables, el tipo y diseño de investigación, ámbito y unidad de estudio, así como los procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Seguido del Capítulo V, el cual contiene los resultados de la aplicación de instrumentos, análisis e interpretación de resultados, comprobación de las hipótesis y la discusión.

Finalmente, en el Capítulo VI se presentan las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos.

En el contexto peruano, y particularmente en la región de Tacna, los estudios que abordan la relación entre calidad de vida y autoconcepto en personas con diabetes son escasos. Esta brecha limita el diseño de programas de intervención psicosocial que permitan fortalecer la autoestima, la adherencia terapéutica y el sentido de control personal. De allí surge la necesidad de realizar la presente investigación en el Centro de Salud La Natividad de la ciudad de Tacna, con la finalidad de conocer la relación entre la calidad de vida y el autoconcepto de los pacientes diabéticos tipo 2, para que en un futuro se puedan implementar nuevos programas de salud mental para los pacientes diabéticos, enfocados al desarrollo de sus habilidades sociales, acompañamiento psicológico y grupos de apoyo, de esta forma brindarles un servicio más completo durante su proceso de adaptación y control de la enfermedad.

Capítulo I

El Problema

1.1. Determinación del Problema

Las enfermedades crónicas han representado un desafío para la salud pública, sobre todo en países en vías de desarrollo, ya que, no solo afectan de manera crónica a nivel físico, sino que, traen consigo un gran desgaste emocional para los pacientes, así también, generan grandes cambios en sus hábitos diarios, los cuales son necesarios para el control de sus diagnósticos.

La diabetes tipo 2 no determina la muerte, pero sí impacta la capacidad de actuar con normalidad. Este deterioro funcional puede dañar el autoconcepto, es decir, la percepción que una persona tiene de sí misma en términos de competencias, roles e identidad. Además, el estigma asociado puede internalizarse, conocido como autoestigma, lo que erosiona aún más la autoestima y la autoimagen (Herrera & Málaga, 2021).

A nivel internacional, se ha identificado que la combinación de estigmatización social, particularmente aquella que simplifica la enfermedad como un resultado de malos hábitos, erosiona el autoconcepto al disminuir la autovaloración del paciente y generar sentimientos de culpa e inferioridad. El drástico cambio en la forma en que perciben su vida, acompañado de la incertidumbre sobre si podrán recuperar su estado previo, provoca en los pacientes sentimientos de angustia, temor y desesperanza. Esta situación evidencia que el autoconcepto constituye un elemento esencial en el desarrollo psicosocial, ya que influye directamente en la manera en que las personas afrontan y se adaptan a su realidad, resultando clave para interpretar sus conductas en distintos ámbitos de su vida (Kenowitz et al., 2020).

La diabetes tipo 2 puede desestabilizar la rutina diaria, al generar dificultades físicas y emocionales que repercuten negativamente en la percepción que los pacientes tienen de sí mismos. A nivel mundial, se ha demostrado que el autoestigma, es decir,

la autopercepción negativa internalizada por creencias sociales erróneas, está directamente asociado con una menor calidad de vida en personas con diabetes. Ese estigma socava el autoconcepto al erosionar la autoestima y la confianza en la propia capacidad para enfrentar la enfermedad (Huayanay-Espinoza et al., 2021).

En el contexto peruano, investigaciones realizadas en unidades de primer nivel muestran que la participación en grupos de ayuda mutua favorece una mejor adaptación del autoconcepto, especialmente en entornos de apoyo familiar o comunitario. En particular, contarse con antecedentes familiares de diabetes y formar parte de redes de asistencia se ha relacionado con un autoconcepto más sólido y constructivo (Torres & Murillo, 2023).

Por otro lado, las investigaciones en Perú muestran que los pacientes con diabetes tipo 2 presentan una calidad de vida reducida, especialmente en los segmentos que experimentan ansiedad o depresión, si bien la autoeficacia en sí no siempre se relaciona directamente con la calidad de vida. Esta disociación podría indicar que, la percepción de control personal se ve comprometida, afectando diferentes dimensiones del autoconcepto (Millán, 2021).

Las alteraciones en el autoconcepto y el impacto de la diabetes sobre la calidad de vida determinan, en gran medida, la forma en que los pacientes enfrentan su condición. Mientras que algunos logran adaptarse, integrando los cambios en su estilo de vida y cumpliendo con las indicaciones médicas de manera adecuada, otros, cuya percepción personal y bienestar emocional se ven deteriorados, suelen presentar mayores dificultades para mantener la adherencia al tratamiento. Esta falta de ajuste no solo limita el control de la enfermedad, sino que también incrementa el riesgo de complicaciones asociadas (Naranjo et al., 2020).

En este contexto, la calidad de vida de quienes padecen enfermedades crónicas como la diabetes tiende a verse comprometida debido a las modificaciones constantes en la rutina diaria, tales como la asistencia frecuente a consultas médicas por malestares persistentes, la administración regular de fármacos, la exposición a intervenciones quirúrgicas y las restricciones alimentarias necesarias para el control de la patología.

Estos cambios, al ser sostenidos y exigentes, pueden generar una percepción negativa de sí mismos y de su capacidad para desenvolverse con normalidad en la vida cotidiana (Cai et al., 2021).

En los últimos años, ha crecido el interés de los profesionales de la salud por optimizar la calidad de vida de aquellos usuarios con enfermedades crónicas. Estas patologías suelen impactar negativamente diversos ámbitos de la vida, como el social y el laboral, lo que puede traducirse en un aumento de la dependencia y en hospitalizaciones recurrentes y prolongadas. Aunque la magnitud de estas limitaciones varía entre individuos, muchos expertos coinciden en que sus efectos pueden manifestarse en cualquier persona que padezca una enfermedad crónica (Serrano & Tincopa, 2021).

En cuanto a Tacna, los índices de diabetes van en aumento, esto está ligado a un notorio incremento en los casos de obesidad, alcanzando las cifras más altas en todo el país. Los establecimientos de salud pertenecientes a la Red de Salud de Tacna brindan mensualmente medicamentos a los pacientes diabéticos que cuentan con el seguro SIS, sin embargo, no cuentan con algún otro programa adicional de acompañamiento psicoeducativo, dentro del cual se promueva la adopción de hábitos saludables y el soporte emocional (Aguilar, 2020).

La mayoría de las personas que reciben atención en el Centro de Salud La Natividad son personas de bajos recursos y con carga familiar, por lo que dedican varias horas del día a estar laborando fuera de casa, así mismo, tienen problemas económicos, familiares, entre otros, lo que les suma condiciones de estrés y ansiedad, esto empeorando la condición de diabetes. Estas condiciones influyen negativamente en la adopción de prácticas adecuadas de autocuidado, dificultando el manejo y control de la enfermedad. Como consecuencia de ello, existen casos de pacientes que presentan problemas de visión, enfermedades cardiovasculares y amputación de extremidades inferiores, aislándose de su entorno social y familiar, lo que daña gravemente su autoconcepto (Quispe, 2021). En conversaciones con el equipo de psicología y medicina se puede determinar que estos pacientes se perciben como “una carga para su

familia”, y demuestran una falta de motivación para continuar con su tratamiento, ya que sienten que han perdido el control de sus vidas.

Es por esto que, la presente investigación busca encontrar la relación entre la calidad de vida y el autoconcepto de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de salud La Natividad, siendo el autoconcepto relevante en pacientes crónicos, ya que se relaciona con la manera en que una persona se percibe a sí misma durante su proceso de lucha contra la enfermedad, considerando sus factores psicológicos, emociones y creencias en un momento específico. Además, este proceso implica la integración de dichas experiencias individuales con la interacción con su entorno. Por otro lado, se busca que la presente investigación sirva para poder implementar nuevos programas de salud mental para los pacientes diabéticos, enfocados al desarrollo de sus habilidades sociales, acompañamiento psicológico y grupos de apoyo, de esta forma brindarles un servicio más completo durante su proceso de adaptación y control de la enfermedad.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. *Interrogante General*

¿Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024?

1.2.2. *Interrogantes Específicas*

- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto

académico/profesional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024?

- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024?

1.3. Justificación de la Investigación

El estudio se justifica por su importancia académica, considerando la escasa producción científica, a nivel nacional e internacional, relacionada con investigaciones que analicen variables similares. Por ello, los hallazgos contribuirán como antecedentes para el desarrollo de futuras investigaciones. Se tendrán en cuenta las teorías de García y Musitu sobre el Autoconcepto y la teoría de Olson y Barnes sobre la calidad de vida percibida en pacientes diabéticos.

A nivel teórico, la presente investigación permitió recopilar datos fiables y actualizados sobre la calidad de vida y autoconcepto de los pacientes diabéticos tipo 2 del Centro de Salud La Natividad, la cual representa una población poco estudiada en nuestra región, siendo este diagnóstico una problemática creciente a nivel mundial. Así también, los resultados obtenidos contribuirán con el constructo teórico de conocimientos teóricos de dicha población en nuestra localidad y país.

El estudio posee relevancia social debido a la cantidad de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que reciben atención en el Centro de Salud La

Natividad. En ese sentido, los resultados permitirán visibilizar una problemática de carácter social que afecta a un número considerable de personas, lo cual evidencia la necesidad de implementar acciones institucionales, políticas y sociales orientadas a su abordaje. Asimismo, los hallazgos contribuirán a la mejora de la atención en salud, promoviendo una atención más adecuada y fortaleciendo una cultura de buen trato hacia los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Los datos que se obtengan durante el desarrollo del estudio, permitirán crear propuestas de intervenciones de información y educación a la población, orientados a detectar oportunamente casos de Diabetes mellitus tipo 2 para que los usuarios y pacientes reciban una adecuada calidad de atención en la salud pública que brinda el Centro de Salud La Natividad, promoviendo condiciones que permitan un mayor control de la enfermedad y una mejora sostenida en el bienestar físico y personal.

Este estudio busca explorar la realidad de las personas que padecen esta enfermedad, con el propósito de comprender su experiencia como pacientes crónicos y destacar aquellos aspectos que contribuyan a mejorar la atención y la prevención en quienes enfrentan esta condición.

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. *Objetivo General*

Determinar la relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

1.4.2. *Objetivos Específicos*

- Establecer la relación entre la calidad de vida y autoconcepto social en pacientes

con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

- Establecer la relación entre la calidad de vida y autoconcepto académico/laboral en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

1.5. Antecedentes de Estudio

1.5.1. *Antecedentes Internacionales*

Torres y Murillo (2023) realizaron un estudio titulado El autoconcepto y adaptación a la enfermedad en personas diagnosticadas con diabetes en adultos en el Centro Médico Casa de la Diabetes. La investigación tuvo como objetivo describir las dimensiones del autoconcepto y la respuesta adaptativa frente a la enfermedad en adultos con diagnóstico de diabetes que acuden al Centro Médico Casa de la Diabetes. El estudio presentó un diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, de corte transversal y de alcance descriptivo. La población estuvo conformada por 120 personas entre 18 y 65 años diagnosticadas con diabetes mellitus, de las cuales se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia integrada por 60 participantes. Para la

recolección de datos se aplicaron los instrumentos Autoconcepto Forma 5 (AF5) y el Cuestionario para evaluar el nivel de respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes diabéticos (Cuestionario R-A). Los resultados evidenciaron niveles bajos de autoconcepto en las dimensiones emocional y familiar; asimismo, las dimensiones social y académica se ubicaron en valores promedio, mientras que la dimensión física presentó niveles altos. Respecto a la respuesta adaptativa a la enfermedad, se identificó que el 96,7 % de la muestra no alcanza un grado de satisfacción adecuado, observándose además que, durante la adultez temprana, a medida que aumenta la edad, la respuesta adaptativa disminuye progresivamente, asociándose este descenso al deterioro cognoscitivo.

Luján (2021) realizó una investigación titulada Relación entre el autoconcepto y la ansiedad en personas con quemaduras, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el autoconcepto y la ansiedad en personas que habían sufrido lesiones por quemaduras. El estudio presentó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo transeccional y alcance correlacional, contando con una población de 30 pacientes cuyas edades oscilaban entre los 18 y 49 años. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Autoconcepto de García y Musitu y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg, Gorsuch y Lushene. Los resultados evidenciaron niveles elevados de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo; asimismo, se identificaron bajos niveles de autoconcepto en las dimensiones Académico Laboral, Social y Emocional, registrándose las puntuaciones más bajas en la dimensión Familiar y las más altas en la dimensión Física. Además, se halló una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la Ansiedad Rasgo y las dimensiones Social, Emocional, Familiar y Física del autoconcepto, sin relación con la dimensión Académico Laboral; de igual forma, se encontró una correlación negativa significativa entre la Ansiedad Estado y las dimensiones Física y Emocional, sin evidenciarse relación con las dimensiones Académico Laboral, Social y Familiar. En conclusión, los resultados indican que a mayores niveles de ansiedad, tanto rasgo como estado, se observa una disminución del autoconcepto en determinadas dimensiones en personas que han sufrido quemaduras.

Rojas (2020) desarrolló una investigación titulada Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar N° 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, México, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. La metodología correspondió a un estudio transversal de tipo asociativo, en el cual participaron 127 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar N° 45 durante el periodo de agosto de 2019. Para la recolección de datos se empleó el instrumento Diabetes 39. Los resultados mostraron que los pacientes tenían edades comprendidas entre los 45 y 65 años, siendo el 68 % mujeres; además, el 44,09 % contaba con nivel educativo primario y 93 pacientes eran casados. Asimismo, se evidenció que el 80 % de los participantes presentó una buena calidad de vida. Mediante la prueba de Pearson se obtuvo un valor de $\chi^2=13,384$ con $p=0,020$, lo que indica que los pacientes que utilizan insulina NPH presentan una adecuada calidad de vida. En conclusión, se determinó que la calidad de vida se encuentra relacionada con el uso de distintos tipos de insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, evidenciándose que el tratamiento con insulina se asocia con una mejor calidad de vida en aquellos pacientes que mantienen control en la Unidad de Medicina Familiar N° 45 de San Luis Potosí.

1.5.2. Antecedentes Nacionales

Serrano y Tincopa (2021) desarrollaron un trabajo de tesis titulado Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II que acuden al Centro de Salud de Vista Alegre, Nazca – 2021. El objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación existente entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden al Centro de Salud de Vista Alegre, Nazca – 2021. La metodología empleada correspondió a un estudio de tipo básico, con un diseño no experimental y un nivel relacional. La población muestral estuvo integrada por 42 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 pertenecientes al Centro de Salud Vista Alegre. Como

técnica de recolección de información se utilizó la encuesta, aplicándose dos instrumentos: un cuestionario para evaluar el autocuidado y otro cuestionario orientado a medir la calidad de vida en pacientes diabéticos. Los resultados mostraron que el 14,3% (6) de los participantes presentaron un nivel malo, el 45,2% (19) se ubicaron en un nivel regular y el 40,5% (17) alcanzaron un nivel bueno, al reflejar un adecuado autocuidado. Respecto a la variable calidad de vida, la población estuvo conformada por 73,8% (31) mujeres y 26,2% (11) varones. Asimismo, se identificó que, del total de pacientes, el 52,4% (22) presentó una calidad de vida mala, el 35,7% (15) regular y únicamente el 11,9% (5) una calidad de vida buena. Se concluyó que existe una relación significativa entre el autocuidado y la calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 del Centro de Salud Vista Alegre de Ica, 2021, obteniéndose un p valor de 0,000. De igual manera, la correlación mediante Rho Spearman fue de 0,535, lo que indica una relación positiva moderada entre ambas variables.

Córdova y Meza (2021) realizaron la investigación titulada Autoconcepto y desesperanza aprendida frente a la COVID-19 en estudiantes de una universidad Privada de Lima Metropolitana, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el autoconcepto y la desesperanza aprendida frente a la COVID-19 en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. La metodología correspondió a un estudio cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 160 participantes entre 18 y 30 años, seleccionados mediante muestreo probabilístico. Para la recolección de datos se aplicó la Escala Autoconcepto (AF5) de García y Musitu y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). En los resultados se evidenció que el autoconcepto y sus dimensiones presentaron una relación significativa e inversa con la desesperanza aprendida, excepto en la dimensión emocional. Asimismo, las mujeres mostraron un mayor autoconcepto emocional. En conclusión, se determinó que a menor nivel de autoconcepto, mayores niveles de desesperanza aprendida en el contexto de pandemia, señalándose además que las mujeres tendrían mayor capacidad para gestionar sus emociones y afrontar situaciones adversas.

Salazar y Jiménez (2020) desarrollaron un trabajo de investigación titulado Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a un establecimiento de salud en Comas, Lima 2022. El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a un establecimiento de salud en Comas, Lima 2022. En cuanto a la metodología, la investigación tuvo un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 126 pacientes diabéticos que acudían al establecimiento de salud. Para la recolección de información se utilizó la encuesta como técnica, aplicándose el cuestionario WHOQOL-BREF, el cual consta de 26 ítems distribuidos en 4 dimensiones. Respecto a los resultados generales, se identificó que predominó un nivel medio de calidad de vida con 49,2% (n=62), seguido del nivel alto con 31% (n=39) y el nivel bajo con 19,8% (n=25). Según las dimensiones evaluadas, en salud física predominó el nivel alto con 59,5% (n=75), seguido del medio con 23,8% (n=30) y bajo con 16,7% (n=21). En salud psicológica también se observó mayor frecuencia en el nivel alto con 44,4% (n=56), seguido del medio con 37,3% (n=47) y bajo con 18,3% (n=23). En relaciones sociales predominó el nivel bajo con 49,2% (n=62), seguido del medio con 34,1% (n=43) y alto con 16,7% (n=21). Finalmente, en la dimensión ambiente se encontró mayor proporción en el nivel medio con 75,4% (n=95), seguido del bajo con 15,9% (n=20) y alto con 8,7% (n=11). En conclusión, se evidenció que en la calidad de vida predominó el nivel medio, seguido del alto y bajo. Asimismo, por dimensiones se observó que en salud física y psicológica predominó el nivel alto, en relaciones sociales el nivel bajo y en ambiente el nivel medio.

1.5.3. Antecedentes Regionales

Sanga (2022) realizó un estudio de investigación de tesis titulado Depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores pacientes del Centro de Salud Tarata, Tacna 2021. El objetivo del trabajo fue determinar la relación entre depresión y calidad de vida en personas adultas mayores que acuden al C.S. Tarata, Tacna – 2021. La

metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal y nivel correlacional - causal. La población estuvo conformada por 413 adultos mayores, de los cuales se seleccionó una muestra de 157 participantes. Para la recolección de datos se utilizaron como instrumentos la Escala de depresión de Yesavage y el Índice de calidad de vida de Mezzich y colaboradores. Los resultados evidenciaron que las variables depresión y calidad de vida presentan una relación significativamente inversa y con un alto grado de relación ($\rho = -.664$; $p < 0.05$). Asimismo, a nivel de dimensiones se encontraron relaciones inversas entre depresión y satisfacción con el sentido vital ($\rho = -.571$; $p < 0.00$), depresión y satisfacción con la integridad ($\rho = -.483$; $p < 0.000$), depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones ($\rho = -.575$; $p < 0.00$), así como depresión y satisfacción social ($\rho = -.354$; $p < 0.00$). Además, se observó que el 68,79% no presenta depresión y tiene un alto grado de calidad de vida, seguido de un 26,11% con depresión leve junto con un grado de calidad de vida medio - alto con tendencia a medio. Por otro lado, el 4,46% presentó depresión moderada y obtuvo un grado de calidad de vida medio - alto con tendencia a medio, mientras que el 0,64% evidenció depresión grave con un grado de calidad de vida medio.

Guevara y Gonzales (2022) desarrollaron un trabajo de investigación de tesis titulado Calidad de vida y resiliencia en pacientes atendidos en medicina física y rehabilitación Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2022. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre calidad de vida y resiliencia en pacientes atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La metodología correspondió a un enfoque cuantitativo, con un tipo de investigación básico correlacional y un diseño no experimental. La técnica empleada fue la encuesta, utilizándose como instrumentos la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-bref. La población estuvo conformada por 147 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. En los resultados se evidenció que el grupo predominante estuvo conformado por adultos (57,1%) y adultos mayores (30,6%). Asimismo, el 67,3%

fueron mujeres, el 59,2% tenía nivel de primaria y el 50,3% se encontraba sin pareja. Respecto al motivo de consulta, el 29,3% acudió por haber sufrido un accidente y el 38,8% por enfermedad crónica. En relación con la calidad de vida, el 44,9% presentó un nivel normal, el 51,7% regular y el 1,4% muy mala. En cuanto a la resiliencia, se encontró que el 53,7% mostró un nivel medio y el 46,3% un nivel bajo. En conclusión, se determinó que existe una relación entre calidad de vida y resiliencia, indicando una correlación negativa media (Rho de Spearman = - 0,479) en pacientes atendidos en medicina física y rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Chávez (2021) realizó la investigación titulada Influencia del sentimiento de soledad en la calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Mixto del Adulto Mayor San Pedro. Tacna 2020. El objetivo del estudio fue determinar la influencia del sentimiento de soledad en la calidad de vida de los adultos mayores que residen en el Centro de Atención Residencial Mixto del Adulto Mayor San Pedro, Tacna – 2020. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, con un nivel correlacional – transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 21 adultos mayores, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos se utilizaron como instrumentos el Instrumento Breve de WOQOLD y ESTE-R. En cuanto a los resultados, para la variable sentimiento de soledad se observó que el 19,05% de los adultos mayores se ubicó en un nivel bajo, el 52,38% en un nivel medio y el 28,57% en un nivel alto. Respecto a la variable calidad de vida, el 4,76% presentó un nivel bajo, el 85,71% un nivel medio y el 9,52% un nivel alto. En conclusión, el coeficiente de relación $R = 0,354$ indicó una correlación positiva y baja entre el sentimiento de soledad y la calidad de vida. Asimismo, el valor de R cuadrado = 0,125 evidencia que la calidad de vida se encuentra influenciada por el sentimiento de soledad en un 12,5%.

1.6. Definiciones Básicas

1.6.1. *Amigos, Vecindario y Comunidad*

Incluye los espacios que facilitan la movilidad y el disfrute de actividades recreativas. Considera el nivel de satisfacción derivado de las interacciones con amigos, el tiempo destinado a actividades de ocio y el contacto con el círculo social. Además, abarca aspectos como la accesibilidad a comercios, la seguridad del entorno, la disponibilidad de espacios públicos, zonas de juego y condiciones para la práctica de actividades deportivas, contribuyendo al bienestar general de los habitantes (Grimaldo, 2011).

1.6.2. *Autoconcepto*

Es la representación que una persona tiene de sí misma, formada a partir de sus experiencias y la interpretación que hace de su entorno. Este concepto integra pensamientos, sentimientos y actitudes sobre la propia identidad, los cuales pueden variar según las circunstancias y las diferentes etapas de la vida (Nuñez et al., 1998).

1.6.3. *Autoconcepto Académico/Laboral*

Se entiende como la apreciación que el individuo construye sobre su rendimiento y capacidades dentro del entorno educativo o del ámbito profesional. Este componente se organiza a partir de dos aspectos principales: por un lado, la manera en que la persona percibe su función y desempeño considerando la valoración de docentes o superiores, y por otro, las características o habilidades que son reconocidas como importantes y significativas en dicho contexto (Carranza et al., 2021).

1.6.4. *Autoconcepto Emocional*

Es la autovaloración del estado emocional de una persona y su capacidad de respuesta ante diversas situaciones de la vida cotidiana, influyendo en su compromiso e implicación con su entorno (Delgado, 2020).

1.6.5. *Autoconcepto Familiar*

Se refiere a la percepción que una persona tiene sobre su papel dentro de la familia, incluyendo su nivel de compromiso, integración e implicación en las dinámicas familiares (Yábar, 2019).

1.6.6. *Autoconcepto Físico*

Hace referencia a la imagen que una persona tiene de su cuerpo y su apariencia, así como a la percepción de su salud, capacidad atlética y bienestar general. Aspectos como el autocontrol, la autoestima y la integración social y académica también están relacionados con un autoconcepto físico positivo (García & Musitu, 2001).

1.6.7. *Autoconcepto Social*

Se relaciona con la percepción subjetiva sobre la calidad de las relaciones interpersonales. Comprende dos aspectos fundamentales: la capacidad de mantener o ampliar la red social y las características de las interacciones, como el tamaño del círculo social, la facilidad para establecer vínculos y el grado de afinidad con los demás (Gálvez, 2019).

1.6.8. Autocuidado

El autocuidado se refiere al conjunto de actividades y decisiones que las personas llevan a cabo de manera autónoma para mantener y fortalecer su bienestar, sin necesidad de una supervisión médica directa. Estas prácticas individuales buscan promover estilos de vida saludables, así como prevenir la aparición de enfermedades o posibles complicaciones en la salud (Vidal, 2022).

1.6.9. Calidad de Vida

La calidad de vida se relaciona con el nivel de bienestar y satisfacción que una persona percibe dentro de su contexto físico y social, en función del cumplimiento y cobertura de sus necesidades fundamentales. Las enfermedades crónicas generan un impacto significativo en distintos ámbitos del funcionamiento humano: físico, emocional, social y espiritual, lo que convierte su vivencia en una experiencia única no solo para el paciente, sino también para sus familiares y cuidadores (OMS, 2022).

1.6.10. Educación y Ocio

Hace referencia al tiempo dedicado a actividades deportivas, recreativas y formativas con el objetivo de adquirir nuevos conocimientos y desarrollar habilidades en diferentes ámbitos o circunstancias de la vida (Revilla & Pérez, 2024).

1.6.11. Enfermedad Crónica

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), las enfermedades crónicas, también denominadas no transmisibles, corresponden a afecciones de evolución prolongada que se desarrollan a partir de múltiples factores, entre ellos los de origen genético, fisiológico, ambiental y conductual. Entre las más frecuentes se incluyen las

enfermedades cardiovasculares, como el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular; las enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma; además de la diabetes y diferentes tipos de cáncer.

1.6.12. Hogar y Bienestar Económico

Hace referencia a la evaluación de la pobreza considerando los recursos disponibles para la adquisición de bienes y servicios esenciales, tanto alimentarios como no alimentarios. Este análisis permite determinar la disponibilidad financiera de los individuos y clasificarlos en función de su situación económica, diferenciando entre aquellos que tienen ingresos insuficientes y quienes se encuentran en pobreza extrema (Chiroque-Pisconte, 2020).

1.6.13. Hipoglucemia

La Clínica Universidad de Navarra (2024) refiere que la hipoglucemia es un síndrome clínico que se presenta cuando concentración de glucosa en sangre desciende a niveles inferiores a los considerados saludables (menos de 50 mg/dl). A veces, pueden surgir síntomas de hipoglucemia incluso con niveles normales de glucosa, especialmente si la disminución ocurre de manera repentina. Esta condición puede afectar a cualquier persona que esté bajo tratamiento con insulina o con antidiabéticos orales, como las sulfonilureas.

1.6.14. Medios de Comunicación

Engloba el grado de satisfacción obtenido por las personas a partir de los contenidos transmitidos a través de distintos medios, como la televisión, la radio, el internet y las

redes sociales, evaluando su relevancia y el impacto que generan en el individuo (Barraza-Mendoza & Flores-Aime, 2019).

1.6.15. Religión

Incluye la vivencia de la espiritualidad y las prácticas religiosas, considerando el compromiso con la fe tanto a nivel individual como en el seno familiar. También contempla el tiempo dedicado a actividades religiosas y la relación personal con la divinidad (Grimaldo et al., 2020).

1.6.16. Salud

Se entiende como la condición de bienestar integral, tanto físico como psicológico, de los integrantes de una familia. Este concepto no se reduce únicamente a la inexistencia de enfermedades, sino que también incluye la manera en que las personas valoran su calidad de vida, su satisfacción diaria y los factores que influyen en su desarrollo cotidiano (Muñoz & Yépez, 2020).

1.6.17. Tratamiento con Insulina

La insulina constituye uno de los fármacos con mayor experiencia clínica en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, siendo administrada a través de la insulinoterapia. Este procedimiento se basa en la aplicación de insulina de origen farmacológico, elaborada mediante técnicas de recombinación de ADN que permiten la producción de análogos de insulina. Su finalidad es imitar la función de la insulina natural del organismo, ofreciendo distintos perfiles farmacológicos de acuerdo con su composición y duración de acción. En ese sentido, se clasifica en insulina ultrarrápida, rápida, intermedia y ultralenta. Asimismo, se dispone de formulaciones premezcladas e inhalatorias (González-Wong et al., 2021).

1.6.18. Vida Familiar y Familia Extensa

Se relaciona con los vínculos afectivos dentro del núcleo familiar, especialmente en familias biparentales con hijos, en caso de haberlos. También contempla la capacidad del hogar para brindar protección y satisfacer las necesidades de sus integrantes, fortaleciendo la seguridad emocional de sus miembros y asegurando la cobertura de sus requerimientos afectivos. La calidad de las relaciones dentro del hogar, la distribución de responsabilidades y el tiempo compartido con la familia son aspectos clave en este ámbito (Pérez, 2023).

Capítulo II

Fundamento Teórico Científico de la Variable 1: Calidad de Vida

2.1. Definición de Calidad de Vida

Olson y Barnes (como se citó en Grimaldo, 2011) plantean que la calidad de vida se comprende desde una perspectiva subjetiva, la cual depende del grado de armonía entre el individuo y su entorno. En este sentido, se considera como la percepción personal acerca de las oportunidades que ofrece el ambiente para alcanzar su bienestar y satisfacción. No existe un estándar absoluto de calidad de vida, sino que esta se configura como un proceso dinámico que se ubica en un continuo, con rangos que van desde niveles óptimos hasta condiciones deficientes.

La calidad de vida es un constructo amplio y multifacético que integra la percepción que tiene cada persona de su existencia, considerada dentro de su contexto cultural, sus valores y sus aspiraciones personales. No se trata de un estándar objetivo para todos, sino de una experiencia subjetiva en constante construcción, que combina tanto condiciones materiales como condiciones íntimas e individuales (Skevington & Bohnke, 2019).

Desde una óptica sociológica y psicopedagógica, la calidad de vida trasciende los indicadores económicos, ya que también engloba aspectos emocionales, cognitivos y relacionales; incluye variables como el bienestar físico, las relaciones sociales, el sentido de autonomía y la salud mental (Ramírez-Coronel et al., 2020).

La calidad de vida de una persona, definida como su nivel de felicidad y satisfacción con su entorno físico y social, está directamente relacionada con la eficacia con que se satisfacen sus necesidades básicas. Debido a los profundos efectos que tiene sobre la salud y la calidad de vida de una persona, afectando diversas áreas del funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual, la enfermedad crónica es una experiencia singular para el paciente, sus seres queridos y sus cuidadores (OMS, 2022).

Grimaldo (2011) plantea que la calidad de vida se enfoca en alcanzar un grado

de satisfacción personal, considerando tanto las oportunidades que el entorno ofrece como la forma en que estas se relacionan con las necesidades y expectativas individuales. Desde la teoría de los dominios propuesta por Olson y Barnes, se entiende a la calidad de vida como el resultado de la interacción entre las condiciones objetivas de existencia y los factores subjetivos y personales. Este concepto integra dimensiones físicas, psicológicas y sociales, y refleja la manera en que cada individuo o grupo experimenta la felicidad, abarcando diversos ámbitos como la salud, la familia, las amistades, el trabajo, la vivienda, la economía, la educación, la pertenencia institucional y la religión. Asimismo, se reconoce que la calidad de vida no constituye una condición fija, sino un proceso cambiante que varía con el tiempo, ubicando a cada persona dentro de un continuo que va desde un nivel óptimo hasta uno deficiente (Cai et al., 2021)

A lo largo del tiempo, la conceptualización de calidad de vida ha sido abordado desde diferentes enfoques, considerándose tanto como el nivel de bienestar asociado a las condiciones en las que se desarrolla la vida de una persona, como el grado de satisfacción que esta experimenta frente a dichas circunstancias. Asimismo, se entiende como la integración de elementos objetivos y subjetivos, valorados a partir de las experiencias, expectativas y valores individuales que guían la vida del sujeto (Alzahrani et al., 2023).

Gómez-Vela (2004) sostiene que la calidad de vida es un concepto amplio que puede analizarse desde diferentes enfoques, incorporando dimensiones objetivas y subjetivas, y a diferentes niveles, ya sea individual o colectivo. El autor indica que la definición de este concepto varía según el enfoque de análisis que se adopte. Así, la interpretación de la calidad de vida difiere notablemente cuando se examina desde una perspectiva social en comparación con la individual. En el ámbito personal, su definición resulta más compleja debido a su carácter subjetivo, condicionado por el ciclo vital y el contexto sociocultural de cada persona. Estos factores hacen que la calidad de vida sea una experiencia particular para cada individuo, quien evalúa su existencia con base en sus propios criterios y estándares, los cuales cambian con el

tiempo según sus deseos y prioridades. Asimismo, cada persona otorga valor a aspectos diferentes, influenciados en gran medida por su entorno social. La dificultad de definir este concepto también radica en su frecuente relación con términos afines como bienestar, satisfacción vital o equilibrio entre el individuo y su ambiente.

Por otro lado, la noción de calidad de vida ha experimentado una evolución significativa a lo largo del tiempo. En sus comienzos, se asociaba principalmente con el estado de salud; sin embargo, con el avance de los años, se fueron incorporando dimensiones vinculadas con la salud pública, la higiene, los derechos humanos, laborales y ciudadanos, así como el acceso a los recursos económicos. Posteriormente, su alcance se amplió al incluir la percepción subjetiva que tiene cada persona sobre su entorno social, sus actividades diarias y su bienestar general. En la actualidad, este concepto integra aspectos fundamentales como la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda y la seguridad social, consolidándose como un indicador global que refleja el bienestar físico, psicológico y social desde una perspectiva tanto individual como colectiva (Rodrigues et al., 2020).

2.2. Dimensiones de la Calidad de Vida

Olson y Barnes (1982, citados en Grimaldo, 2020) sostienen que uno de los elementos fundamentales de la calidad de vida se encuentra en el incremento o logro de la satisfacción personal. Dicho aspecto se concibe como una variable de carácter multidimensional, en la que los distintos ámbitos de la vida cotidiana deben propiciar una sensación de complacencia mediante la realización individual en cada dominio. Esta satisfacción se alcanza en la medida en que las oportunidades disponibles lo hagan posible.

Summers et al. (2005) plantean que, aunque el concepto fue planteado subjetivamente, el proceso para alcanzar la satisfacción es objetivo y requiere del ajuste del individuo a su entorno. Al ser un concepto de naturaleza multidimensional, se vincula con las distintas manifestaciones de bienestar o de malestar que experimenta la

persona (Córdova et al., 2011).

A partir de las investigaciones desarrolladas por Olson y Barnes, Grimaldo (2011) señala que estos autores propusieron diversas dimensiones consideradas fundamentales dentro del concepto de calidad de vida, las cuales se describen a continuación:

2.2.1. Dimensión 1. Hogar y Bienestar Económico

Esta dimensión se refiere a la capacidad de evaluar la pobreza mediante la identificación de los recursos disponibles para adquirir bienes y servicios necesarios para satisfacer tanto las demandas alimentarias como las no alimentarias. Esta medición implica analizar los recursos monetarios de las personas para determinar quiénes carecen de ingresos suficientes, clasificándolos dentro de las categorías de pobreza por ingresos y pobreza extrema.

2.2.2. Dimensión 2. Amigos, vecindario y comunidad

Esta dimensión abarca todos aquellos entornos que permiten a las personas desplazarse con comodidad y participar en actividades recreativas. Considera el nivel de satisfacción que generan las relaciones de amistad, el tiempo dedicado a actividades de ocio y la convivencia con el círculo social. Asimismo, incluye los servicios y facilidades que ofrece la comunidad para realizar compras diarias, la seguridad del entorno para movilizarse sin riesgo, la disponibilidad de espacios públicos o áreas de juego, y las oportunidades para practicar deportes, entre otros elementos favorables del lugar donde se reside.

2.2.3. Dimensión 3. Vida Familiar y Familia Extensa

Esta dimensión hace referencia a los vínculos afectivos que se desarrollan

dentro del núcleo familiar, particularmente en el contexto de una familia biparental y con hijos, si los hay. También considera la capacidad del hogar para brindar protección y responder a las necesidades de cada uno de sus integrantes. Incluye igualmente el vínculo emocional entre padres e hijos, las obligaciones y tareas propias del hogar, así como la capacidad de este entorno para ofrecer seguridad emocional, es decir, cubrir las necesidades de afecto de cada miembro. Un elemento fundamental dentro de esta dimensión es el tiempo de convivencia familiar.

2.2.4. *Dimensión 4. Educación y Ocio*

Esta dimensión contempla la disponibilidad de tiempo que las personas destinan a actividades deportivas, recreativas y educativas. Dichas acciones buscan ampliar o fortalecer los conocimientos relacionados con situaciones, experiencias o elementos presentes en su entorno cotidiano.

2.2.5. *Dimensión 5. Medios de comunicación*

Se relaciona con el grado de satisfacción que experimentan las personas frente a los contenidos transmitidos en medios como la televisión abierta o por suscripción, así como aquellos disponibles en la radio, internet y diversas plataformas de redes sociales.

2.2.6. *Dimensión 6. Religión*

Esta dimensión comprende la manera en que las personas ejercen y experimentan la vida incluyendo tanto las expresiones de devoción como el grado de compromiso espiritual. Considera también la vivencia religiosa dentro del núcleo familiar, la relación personal con Dios de cada integrante y el tiempo que cada uno dedica al ejercicio de su fe.

2.2.7. Dimensión 7. Salud

Esta dimensión aborda el nivel de bienestar físico y mental de los integrantes de un grupo familiar. La salud no se limita únicamente a la no presencia de enfermedades, sino que a su vez comprende la conformidad con la vida diaria, el disfrute de las tareas cotidianas y la valoración positiva de los elementos que conforman la rutina familiar.

2.3. Evolución del Concepto de Calidad de Vida

La comprensión de calidad de vida tiene un origen relativamente reciente dentro de la investigación social y psicológica. Su desarrollo moderno comenzó tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial en el contexto norteamericano, cuando se empezaron a evaluar percepciones de bienestar asociadas a la satisfacción personal y la estabilidad económica (Ruidiaz-Gómez & Cacante-Caballero, 2021).

Sin embargo, fue a partir de la década de 1960 cuando el término adquirió mayor protagonismo, impulsado por la Psicología de la Salud, la cual puso énfasis en el potencial humano y la promoción del bienestar físico más allá de simplemente no presentar enfermedades. Hacia finales del siglo XX, este enfoque se expandió hacia otras áreas de la psicología, como la psicología del desarrollo, consolidando su relevancia en la investigación científica (Navarro & Yruela, 2019).

Durante el siglo XX, los cambios sociales y culturales redirigieron la atención desde la supervivencia, superar el hambre, la pobreza o la mortalidad prematura, hacia la búsqueda del bienestar integral a lo largo de la vida. Este giro favoreció la incorporación del concepto de calidad de vida en los debates académicos, especialmente a partir de los años setenta, cuando su estudio adquirió mayor solidez científica (Ruggeri et al., 2020).

No obstante, El concepto de lo que constituye una vida plena tiene raíces que se remontan a la filosofía antigua. Aristóteles ya abordaba este tema en su obra *Ética* a

Nicómaco, donde define la eudaimonía como la realización del "bien supremo" para la vida humana, entendiendo la felicidad como vida virtuosa y florecimiento personal. Asimismo, Séneca, en su ensayo *De Vita Beata* ("De la vida feliz"), argumentaba que la verdadera felicidad está ligada a vivir de acuerdo con la razón y en armonía con la naturaleza, mientras que en la época contemporánea autores como John Kenneth Galbraith lo introdujeron en la economía, y figuras políticas como Lyndon B. Johnson lo popularizaron en el discurso social y gubernamental (Cai et al., 2021).

Aunque las reflexiones en torno al bienestar y la felicidad se remontan a los filósofos clásicos como Platón y Aristóteles, el interés científico de la calidad de vida cobró mayor relevancia especialmente en las últimas tres décadas. En este tiempo, se ha consolidado como un eje central de investigación y aplicación en distintas áreas, entre ellas la formación educativa, la salud física y psicológica, la educación inclusiva, los servicios sociales (en particular los dirigidos a la discapacidad y al envejecimiento), así como en los programas de apoyo a las familias (Larsen & Witoszek, 2024).

A partir de la década de 1960, las ciencias del comportamiento comenzaron a poner mayor énfasis en el estudio del bienestar humano, lo que generó la necesidad de diseñar herramientas e indicadores que permitieran medirlo. Fue dentro de las Ciencias Sociales donde se desarrollaron los principales referentes para evaluar el bienestar desde una perspectiva psicológica, económica y social (Sultana et al., 2022).

Posteriormente, hacia finales de los años setenta, comenzó a consolidarse la concepción de la calidad de vida como una noción integral y multidimensional, pudiendo abarcar diversos ámbitos de la experiencia humana. Esta aproximación cobró especial importancia en la década de 1980, cuando se centró en poblaciones que enfrentaban enfermedades crónicas, lo que permitió un mayor desarrollo del concepto y su aplicación práctica (Irtelli & Durbano, 2021).

En la actualidad, el término calidad de vida es considerado una referencia clave para evaluar el bienestar humano, aplicándose en campos tan variados como la salud, la psicología, la educación, la política y la economía. Asimismo, se ha convertido en una línea de investigación prioritaria dentro de las agendas de estudio de entidades de

alcance global, como la Organización Mundial de la Salud, que lo considera un referente esencial para comprender el bienestar integral de las personas en sus dimensiones física, mental y social (Navarro & Yruela, 2019).

A lo largo de los años, el estudio de la calidad de vida ha evolucionado hacia un enfoque más integral, que considera tanto los factores objetivos vinculados a las condiciones materiales y sociales, como los aspectos subjetivos relacionados con la percepción y experiencia individual. Esta visión permite comprender el bienestar de las personas de manera más completa, reconociendo que distintos ámbitos de la vida, como la salud, las relaciones sociales, la educación y la participación en la comunidad, se interrelacionan y afectan la satisfacción general de los individuos. De esta manera, la calidad de vida se ha consolidado como un concepto central para la investigación social y la planificación de políticas y programas dirigidos a mejorar el bienestar de la población (OMS, 2020).

2.4. Teoría de Olson y Barnes

Olson y Barnes (1982 citado en Grimaldo, 2012) señalaron que, dentro de los estudios sobre calidad de vida, existe un rasgo compartido, la tendencia a que las personas experimenten mayores niveles de satisfacción en diversos dominios de su vida. Estos dominios se centran en un aspecto particular de la vida, entre ellos tenemos la vida matrimonial y familiar, relaciones de amistad, vivienda y sus condiciones, formación educativa, trabajo y creencias religiosas, así como otros aspectos relevantes. La investigación ha demostrado que el bienestar de las personas está fuertemente relacionado con la percepción de satisfacción que se alcanza en cada uno de estos ámbitos o dimensiones. La manera en que cada individuo responde a estos dominios constituye una valoración subjetiva sobre cómo cubre sus necesidades y persigue sus propios intereses dentro de su contexto. En otras palabras, es la apreciación que tiene la persona respecto a las oportunidades que su entorno le ofrece para alcanzar dicha satisfacción.

Grimaldo (2011) en relación a la Teoría de los Dominios describe la calidad de vida como un fenómeno que resulta de la interacción entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas y personales. Esta interacción produce un nivel de satisfacción y felicidad que varía entre los individuos. De este modo, la calidad de vida puede entenderse como una medida integral de bienestar físico, psicológico y social, percibido tanto a nivel individual como grupal, e incorpora elementos como la felicidad, la satisfacción personal y las recompensas obtenidas en la vida.

Olson y Barnes proponen una perspectiva subjetiva para describir y comprender la calidad de vida, relacionándola con el grado de equilibrio que se establece entre la persona y el medio en el que se desenvuelve. Desde esta mirada, la calidad de vida se entiende como la apreciación que hace el individuo sobre las oportunidades que su entorno le ofrece para alcanzar un mayor nivel de satisfacción personal (Rojas, 2023).

De acuerdo con Olson y Barnes (1982, citados por Summers et al., 2005), la calidad de vida se divide en dos categorías: a) objetiva, que está determinada por factores como las relaciones de producción, las formas de organización social, y las dinámicas laborales y de consumo propias de los distintos grupos sociales; y b) subjetiva, que se relaciona con la manera en que cada individuo evalúa su existencia, manifestando niveles de satisfacción o descontento respecto a su vida. De esta forma, la calidad de vida es una noción de carácter multidimensional vinculada a la salud desde una perspectiva subjetiva, reflejando el bienestar o malestar que experimenta la persona más allá de las interacciones objetivas de una persona con su entorno.

2.5. Características de la Calidad de Vida

Desde la década de 1970, los investigadores han comenzado a establecer ciertos puntos de acuerdo en torno a las particularidades del constructo y a las formas más adecuadas de medirlo y ponerlo en práctica (Bove et al., 2020).

Según Bautista y Zambrano (2015) a continuación, describe las características: (a) Concepto subjetivo, ya que cada individuo tiene su propia concepción de la vida, la

felicidad y el bienestar; (b) Concepto universal, dado que sus dimensiones son valores compartidos en distintas culturas; (c) Concepto holístico, al considerar todos los aspectos de la existencia dentro del modelo biopsicosocial, entendiendo al ser humano como una unidad integrada; (d) Concepto dinámico, puesto que la percepción de calidad de vida varía en periodos cortos de tiempo, influyendo en el nivel de felicidad y (e) Interdependencia, dado que las diferentes áreas de la vida están conectadas, lo que significa que un deterioro en la salud física puede impactar en el bienestar emocional y social.

2.6. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La idea de lo que constituye una existencia plena o calidad de vida proviene de los filósofos clásicos griegos, pero su formalización en el ámbito sanitario es un fenómeno más reciente. En la década de 1990 emergió con fuerza la noción de calidad de vida vinculada a la salud, y desde entonces ha mantenido una presencia destacada en la literatura médica, con un volumen anual de publicaciones que supera los 2 000 artículos en revistas especializadas, lo que refleja tanto el interés en el área como la variedad de enfoques existentes (Robinson et al., 2024).

En el mundo actual, el incremento de la longevidad no siempre coincide con una mejor calidad de vida. El vertiginoso avance de la era tecnológica, junto con situaciones sociales como la violencia e incertidumbre cotidiana, la saturación informativa, las dificultades laborales y la necesidad de asumir más de una ocupación, además de las transformaciones en la vida familiar, contribuyen a generar altos niveles de estrés que repercuten negativamente en el bienestar general (Moya-Salazar et al., 2023).

Esta contradicción, donde los avances científicos y la abundancia de bienes van acompañados de elevados niveles de estrés y enfermedades, además de una percepción insatisfactoria sobre la atención sanitaria, cuestiona nuestra comprensión del bienestar y quién debe definirla (Gadea & Campos, 2020).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVS), también conocida también como funcionalidad o percepción del estado general, representa a la parte de la calidad de vida influenciada por los cuidados y tratamientos recibidos, y se basa en cómo los pacientes perciben su propio bienestar general. Se utiliza como un indicador clave para medir la eficacia de intervenciones, programas y tratamientos médicos, ya que permite relacionar la presencia de una enfermedad y su manejo con la capacidad del individuo para desenvolverse y mantener una vida satisfactoria (Theofilou & Moschopoulos, 2024).

Con el inicio del siglo XXI, el desarrollo tecnológico avanzó de manera acelerada y la medicina se incorporó de lleno a esta transformación. El conocimiento científico disponible incluso podría ser suficiente para enfrentar problemáticas globales como el hambre. No obstante, según lo expuesto en la Declaración de Uruguay de 1994, presentada durante un encuentro continental sobre educación médica, las reformas sanitarias aplicadas en numerosos países del continente americano no han logrado producir avances relevantes en la calidad de vida de la población, ni han favorecido una distribución justa de los servicios y condiciones de salud. Aun dos décadas después, este planteamiento mantiene plena vigencia (Muragod et al., 2022).

En el campo de la atención sanitaria, el énfasis excesivo en la innovación tecnológica y la pérdida progresiva de una comunicación cercana entre profesionales y pacientes han deteriorado la calidad relacional. En tiempos anteriores, esta relación era un soporte emocional esencial para las personas y una fuente de reconocimiento para los equipos médicos. La focalización casi exclusiva en el diagnóstico y en los tratamientos, desde un enfoque biomédico apoyado en procedimientos altamente sofisticados, ha permitido avances relevantes en la supervivencia frente a enfermedades graves; no obstante, con frecuencia ha marginado una perspectiva más integral que busque también el bienestar global del paciente (Reyes-Jarquín et al., 2019).

La CVS busca determinar de qué manera una enfermedad y las intervenciones utilizadas para tratarla afectan la valoración que hace el paciente de su propio bienestar y de su capacidad para desenvolverse adecuadamente en las diversas áreas de su vida.

Su evaluación es subjetiva en dos aspectos: a) muchas de las dimensiones asociadas a ella no pueden medirse directamente de manera física. b) está influenciada tanto por la percepción del paciente sobre la importancia de su disfunción como por su perspectiva sobre la vida en general (Beléndez et al., 2015).

Este término está ganando cada vez más importancia, especialmente en dos áreas clave. Primero, en el ámbito ético para guiar la toma de decisiones en tratamientos de salud, ya sea en el contexto del consentimiento informado o en intervenciones destinadas a prolongar la vida. En segundo lugar, en el diseño de herramientas para evaluar la efectividad de tratamientos y programas de atención sanitaria, con el fin de informar políticas de salud y con la capacidad de ser aplicadas a un amplio grupo de individuos y abarcar diversos sectores de la sociedad (Lugo et al., 2002).

En relación con el primer aspecto, destacan dos principios esenciales: la teoría del ideal de una vida plena y el de la autodeterminación. La medicina contemporánea brinda a los pacientes una amplia variedad de alternativas terapéuticas, lo que les permite lo que les permite participar de manera más activa en la toma de decisiones sobre su bienestar. Este proceso resulta particularmente evidente en aquellos individuos con plena capacidad cognitiva, quienes pueden involucrarse activamente en la elección de tratamientos en conjunto con el médico, estableciendo así una relación de cooperación (Bove et al., 2020). En contraste, cuando los pacientes no poseen la competencia necesaria, se delega la responsabilidad a un representante designado, quien procura actuar de acuerdo con lo que el paciente habría decidido en condiciones normales. Bajo este modelo, el médico aporta su conocimiento especializado y las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles, incluida la de no intervenir, mientras que el paciente (o su representante) contribuye con sus valores, metas y expectativas, lo cual permite comparar los distintos resultados posibles (Alzahrani et al., 2023).

Tradicionalmente, la valoración del bienestar físico y de la calidad de vida se ha basado en indicadores amplios, entre ellos la esperanza de vida, los niveles de mortalidad infantil y los registros de enfermedad y fallecimiento. Estos parámetros han mostrado desigualdades marcadas entre países desarrollados y en desarrollo, además

de variar a lo largo del tiempo. Si bien han mejorado gracias a las intervenciones en salud pública, no reflejan con precisión la experiencia subjetiva de las personas en su vida diaria ni su verdadera percepción del bienestar (Solis et al., 2019).

En el ámbito médico, la atención suele concebirse como un medio para prevenir, tratar o curar enfermedades, así como para reducir sus consecuencias negativas —como el dolor o la discapacidad— buscando recuperar la capacidad de funcionamiento y mejorar el bienestar general. No obstante, las mediciones tradicionales tienden a centrarse en las limitaciones físicas y en su relación con los estándares sociales, dejando de lado la valoración subjetiva de los pacientes. Esto genera una brecha entre la visión clínica del médico y la percepción personal del paciente, ya que en muchos casos los análisis funcionales no logran capturar la noción individual de bienestar ni la idea de una vida satisfactoria (Lopera-Vásquez, 2020).

Diversos profesionales de la salud, particularmente los médicos, han tendido a restar valor a la opinión y experiencia subjetiva del paciente al momento de tomar decisiones clínicas. Tradicionalmente, dichas decisiones se han basado principalmente en la experiencia médica y en estudios enfocados en los aspectos biológicos de la enfermedad, respaldados en pruebas objetivas y medibles a través de las ciencias naturales. En este contexto, los factores psicológicos y sociales han sido relegados, lo que ha reducido la posibilidad de valorar resultados más integrales, dinámicos y complejos. Ante esta limitación, surge la necesidad de implementar un enfoque más integral y consciente del proceso salud–enfermedad, donde la calidad de vida sea considerada un elemento clave para evaluar los efectos de las intervenciones sanitarias (Grimaldo et al., 2020).

La definición de CVS no ha logrado consensuarse en un único concepto claro y simple. No obstante, se ha consolidado un modelo de carácter multifactorial, compuesto por dimensiones interrelacionadas y coherentes. Este modelo responde a la necesidad de otorgar un marco científico y evaluable a los efectos tanto de las enfermedades como de los tratamientos, integrando la valoración subjetiva del paciente respecto a su capacidad para llevar una vida satisfactoria y funcional. (Rojas, 2020).

Finalmente, Lugo et al. (2002) menciona que el concepto de CVS comprende aspectos multidimensionales como el físico, psicológico y social, los cuales de relacionan directamente a las enfermedades y tratamientos. Existe controversia respecto a qué aspectos deben ser evaluados; algunos consideran que solo deben analizarse los aspectos físicos, mientras que otros proponen integrar la percepción subjetiva del paciente sobre su bienestar. Incluso, hay quienes sostienen que la experiencia personal del individuo debería ser el único criterio a priorizar. A pesar de estas diferencias, la mayoría de los especialistas concuerda en que la CVS abarca al menos cuatro dimensiones esenciales, cuya interpretación puede variar dependiendo del contexto en el que se aplique. Estas dimensiones suelen ser:

2.6.1. *Funcionamiento físico u ocupacional*

Representa uno de los indicadores más vinculados a las metodologías clásicas empleadas para valorar los efectos de una intervención. Comprende cuestionamientos habituales relacionados con la fortaleza muscular, el nivel de energía o la habilidad para llevar a cabo las actividades cotidianas de manera habitual.

2.6.2. *Funcionamiento psicológico*

Este ámbito presenta desafíos significativos para los profesionales en medicina, ya que diversas investigaciones han evidenciado que, en comparación con enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos, suelen ser menos precisos al evaluar el estado psicológico del paciente. Entre los diversos elementos que pueden afectar la calidad de vida, los trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión y el pánico se encuentran entre los más estudiados. Las herramientas psicométricas empleadas en los estudios de calidad de vida pueden variar desde preguntas directas sobre el estado emocional, la presencia de depresión o ansiedad, hasta ítems más elaborados y complejos tomados de pruebas psicométricas previamente desarrolladas.

2.6.3. *Interacción Social*

Este concepto se refiere a la capacidad que tiene una persona para crear y sostener relaciones con otras personas en el contexto de la vida comunitaria. Dichas interacciones suelen organizarse de manera jerárquica, abarcando conexiones con familiares, círculos de amistades, entornos laborales y asociaciones profesionales, así como con la comunidad en un sentido más amplio.

2.6.4. *Sensaciones somáticas o síntomas*

Hace referencia a las percepciones físicas de malestar que expresa la persona, e incluye manifestaciones como dolor, náuseas, sensación de falta de aire o cualquier otra dificultad relacionada con la respiración.

2.7. Modelo de Evaluación de Factores Psicosociales Determinantes de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Actualmente, múltiples estudios han abordado la evaluación de la calidad de vida, considerándola como la percepción que tiene el paciente sobre cómo una enfermedad afecta su bienestar físico, emocional y social. Este enfoque resulta particularmente valioso en el análisis de patologías crónicas, como las oncológicas, donde no solo influyen los aspectos biológicos de la enfermedad y las repercusiones psicosociales, sino también las profundas consecuencias que genera en la vida del paciente y su núcleo familiar. En este sentido, la capacidad de adaptación se convierte en un factor determinante para mantener una calidad de vida óptima dentro de las limitaciones impuestas por la enfermedad (Lugo et al, 2002).

En la literatura científica del ámbito de la salud, el estudio que analiza conjuntamente la calidad de vida y la incertidumbre que experimentan las personas ante una enfermedad ha recibido menor atención en comparación con otras temáticas

investigadas. La incertidumbre se entiende como la dificultad para interpretar y otorgar significado a los eventos asociados con la enfermedad, lo que impide a la persona que toma decisiones establecer valores precisos o anticipar con claridad los posibles desenlaces. Las investigaciones en este ámbito han demostrado que tanto los factores objetivos como subjetivos, relacionados con la percepción del riesgo vital y la sintomatología del padecimiento, están estrechamente vinculados a estos procesos (Torres & Sanhueza, 2006).

La investigación reciente en psiconeuroinmunología está empezando a proporcionar evidencia empírica que establece conexiones entre el estado emocional y el sistema inmunológico, así como la influencia de la esperanza y el sentido de vida en el estado emocional, incluyendo tanto la motivación para vivir como el desaliento y la falta de significado (Schwartzmann, 2003). Desde una perspectiva clínica, se observa con frecuencia que el estado emocional de muchos pacientes se encuentra influenciado por sus valores personales y por diversas creencias, ya sean de carácter religioso, ideológico o político. Además, estas creencias suelen funcionar como una fuente de apoyo interno que puede repercutir positivamente en su salud. La búsqueda de sentido en la vida es un aspecto fundamental de la existencia humana; cuando este propósito no se percibe, pueden aparecer sensaciones de vacío existencial y desesperanza (Roystonn et al., 2001).

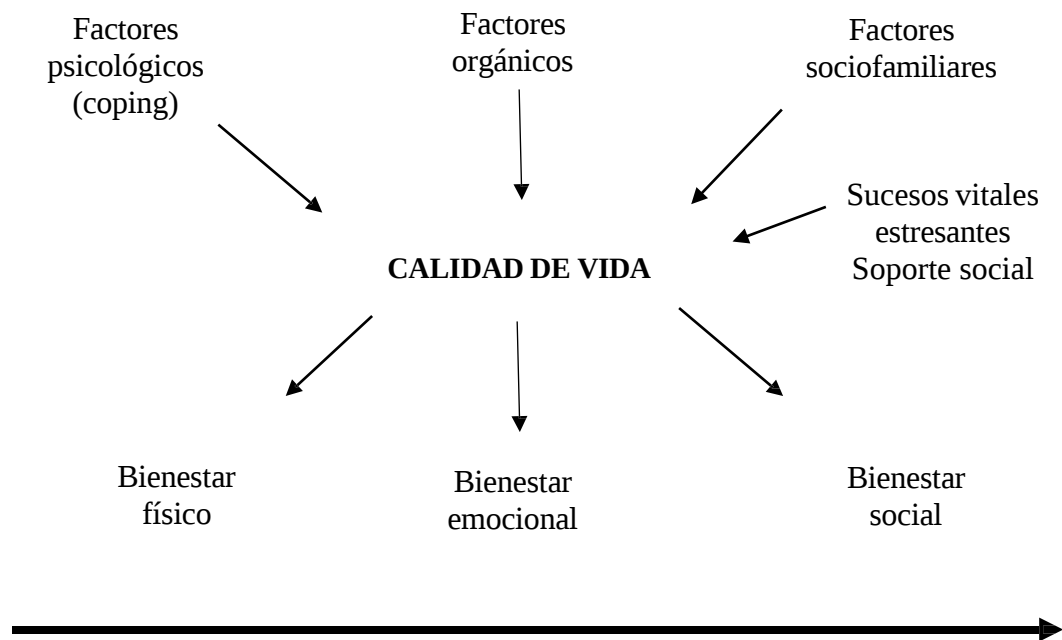
La relevancia de la esperanza y del deseo de seguir viviendo es notable tanto en personas sanas como en quienes atraviesan algún problema de salud. Diversos estudios han demostrado que estos factores representan constituyen elementos clave que favorecen la mejoría del estado de salud de los pacientes. En distintas personas, la confianza en uno mismo, en otros o en una fuerza trascendental aporta sentido a la existencia y puede impactar tanto la esperanza como el impulso de seguir viviendo. Con los avances en la psiconeuroinmunología, se prevé una comprensión más profunda de los mecanismos fisiológicos que explican cómo las experiencias estresantes vitales y el apoyo social ejercen efectos sobre el estado de salud y en la manera en que se percibe la calidad de vida (Schwartzmann, 2003).

Con el objetivo de explicar de forma conceptual los elementos que intervienen en la calidad de vida y en la incertidumbre que surge a partir de la enfermedad, se han propuesto distintos modelos teóricos. Estos enfoques buscan explicar ambos conceptos y, a través de su aplicación empírica, permiten identificar los elementos clave que los determinan, y también funcionan como base para la elaboración de estrategias destinadas a la prevención y a la intervención. (Torres & Sanhueza, 2006).

Schwartzmann et al. (1999) proponen un modelo que permite analizar los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida vinculada a la salud. Desde esta perspectiva, la calidad de vida se entiende como una condición en constante transformación, resultado de relación permanente entre la persona y su contexto. Estas interacciones están influenciadas por aspectos orgánicos, como las características de la condición médica y su progresión—; por componentes psicológicos, incluyendo la personalidad y las variaciones en valores, creencias y expectativas; así como por elementos sociales y familiares, entre ellos el apoyo social que la persona percibe y recibe. El bienestar físico, psicológico y social del paciente, así como su percepción global de la vida, dependerán de la interacción entre estos elementos (Figura 1).

Figura 1

Calidad de vida relacionada con la salud de Schwartzmann



Nota. Factores psicosociales que inciden en la calidad de vida vinculada a la salud.

Más adelante, Schwartzmann (2003) introduce un modelo de calidad de vida basado en la adaptación de la propuesta de Kuok Fai Leung, en el que resalta la importancia de los procesos de adaptación a nuevas circunstancias. Desde esta perspectiva, la calidad de vida se modifica a partir de dichos procesos adaptativos, generando variaciones en su percepción que pueden cambiar según patrones temporales o dinámicas interpersonales que se encuentran en permanente transformación. Desde una perspectiva clínica, este modelo puede ser evaluado a través de la evaluación de los mecanismos de afrontamiento (coping) y los criterios con los que el individuo establece comparaciones (Figura 2).

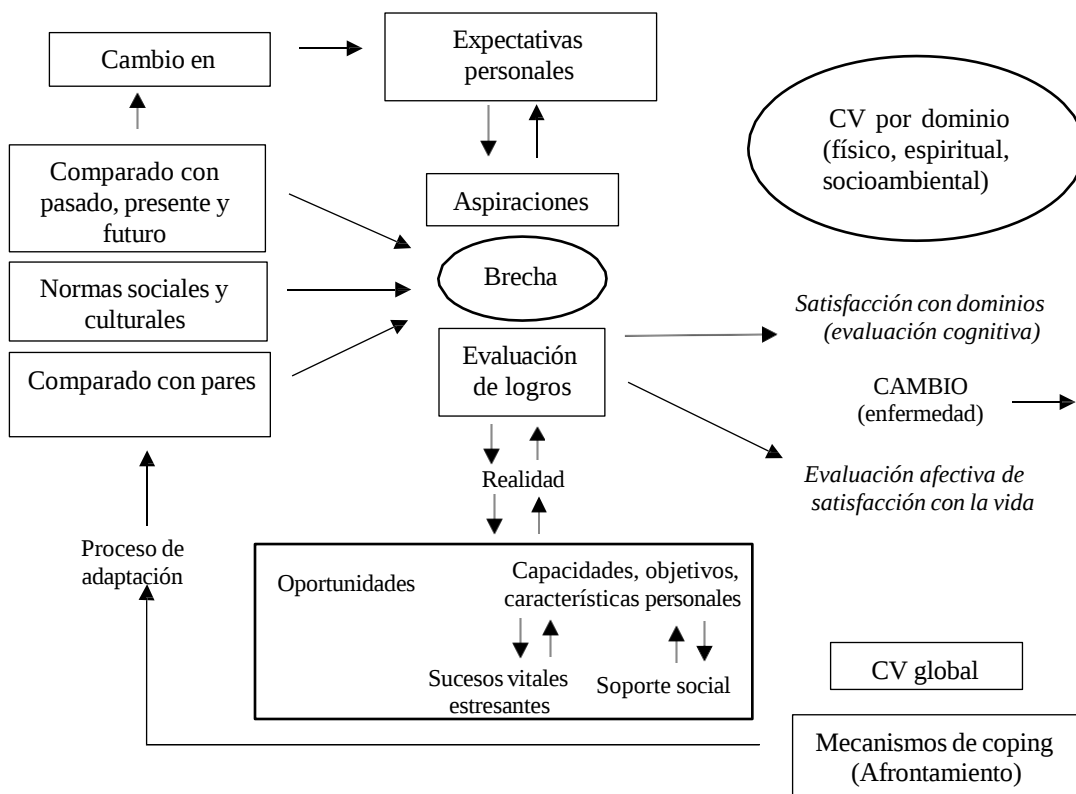
El modelo de Leung introduce elementos dinámicos favorables para una perspectiva clínica, ya que permite analizar la relación con la manera en que las personas se ajustan a la enfermedad. Asimismo, facilita el estudio de los mecanismos de coping (afrontamiento) utilizadas, de los criterios que emplea el individuo para

compararse, así como de sus metas y expectativas respecto a sus logros personales, los cuales pueden transformarse durante el proceso de adaptación. Este modelo también ha resultado útil en los enfoques que estudian la variabilidad de las respuestas de calidad de vida y la existencia de respuestas inesperadas (response shift) (Dapuetto, 2013).

La calidad de vida resultante estaría influenciada por la eficacia de los mecanismos de afrontamiento y la congruencia entre las expectativas y la percepción de la situación actual. El apoyo social percibido también jugaría un papel crucial en este sentido, mientras que los eventos estresantes acumulativos, como la pobreza, el desempleo, el duelo, entre otros, junto con la propia enfermedad, podrían tener un impacto negativo (Schwartzmann, 2003).

Figura 2

Modelo conceptual de calidad de vida adaptado de Kuok Fai Leung por Schwartzmann



Nota. La figura representa la relación entre las expectativas personales, las aspiraciones, la evaluación de logros y la satisfacción con la calidad de vida en sus diferentes dominios.

Schwartzmann (2003) señala que, al validar empíricamente este modelo, se obtendría el sustento científico para avanzar desde el enfoque biomédico, el cual se concentra principalmente en las manifestaciones orgánicas de la enfermedad, y avanzar hacia una perspectiva integral que incorpore de manera conjunta las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Este enfoque renovado no solo incorporaría los elementos clínicos respaldados por la evidencia más sólida, sino que también integraría los factores psicosociales. Esto implicaría aplicar intervenciones orientadas a fortalecer el apoyo social y a favorecer mecanismos de afrontamiento más adaptativos, con el propósito de impulsar el mayor nivel posible de calidad de vida. con el fin de mejorar al máximo la calidad de vida de las personas

Desde la perspectiva de este modelo, el diagnóstico y tratamiento del cáncer generan un impacto emocional considerable en los pacientes, desencadenando una serie de desafíos psicológicos que pueden manifestarse y modificarse durante las diferentes etapas del curso de la enfermedad. La manera en que cada individuo enfrenta estos desafíos dependerá de las estrategias de afrontamiento que emplee, las cuales jugarán un papel clave en su proceso de adaptación. En consecuencia, dichos mecanismos influirán directamente en su calidad de vida, determinada tanto por su respuesta emocional como por la efectividad de sus recursos para manejar la enfermedad (Torres & Sanhueza, 2006).

Los pacientes que logran adaptarse de manera efectiva a su condición pueden continuar desempeñando sus responsabilidades habituales, gestionar los desafíos físicos y emocionales, y mantenerse activos en actividades que les aportan significado y propósito. Por el contrario, aquellos con dificultades en su adaptación tienden a disminuir su implicación en su entorno, mostrar un mayor aislamiento y experimentar una sensación creciente de desesperanza (Vinaccia & Quiceno, 2012).

2.8. Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica con profundas

implicancias no solo clínicas, sino también psicológicas y sociales. Su presencia afecta de manera notable la calidad de vida (CV), pues exige a quienes la padecen realizar cambios continuos en hábitos esenciales, como la dieta, el ejercicio, las relaciones sociales, el bienestar psicológico y el nivel de independencia. Además, el miedo a las complicaciones a largo plazo como la retinopatía, la nefropatía o las amputaciones genera altos niveles de ansiedad y preocupación constante (Serrano, 2019).

Muchos pacientes reportan una sensación de pérdida de control sobre su cuerpo y su día a día. La obligación de monitorear frecuentemente la glucemia, tomar medicamentos con regularidad y seguir dietas estrictas puede generar frustración, cansancio emocional y una percepción de carga o limitación. La vida social también se ve afectada: reuniones, celebraciones o simples comidas fuera de casa pueden convertirse en situaciones estresantes por el riesgo de descompensación. A esto se suma el estigma social y laboral que todavía enfrentan algunos pacientes, especialmente en contextos de bajo acceso a educación en salud (Pineda, 2019).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2024), el funcionamiento social se relaciona con las dificultades que pueden presentarse en la realización de las actividades sociales habituales. Estas alteraciones pueden originarse por diferentes motivos, entre ellos las limitaciones físicas asociadas al dolor o al cansancio, el temor de la persona enferma a representar una carga para quienes la rodean, la preocupación frente a los síntomas o posibles discapacidades, así como el malestar o incomodidad que pueden experimentar algunos integrantes de su entorno social, incluso por creencias erróneas relacionadas con un posible contagio. Este ámbito también incluye el desempeño en roles específicos, como aquellos vinculados al trabajo y las responsabilidades familiares.

La OMS (2023) refiere que el funcionamiento psicológico destaca la alta incidencia de estrés emocional en personas con enfermedades crónicas. Al evaluar este componente en dichas patologías, existe el riesgo de sobreestimar la prevalencia de estrés o trastornos psicológicos, ya que a menudo se incluyen elementos que representan manifestaciones somáticas de alteraciones emocionales, como la fatiga

física o la disminución del apetito y del deseo sexual. En pacientes oncológicos, estos síntomas podrían ser una consecuencia directa de los efectos físicos relacionados con la enfermedad o con los tratamientos aplicados.

En términos psicológicos, la diabetes se ha asociado con una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y estrés crónico. Las investigaciones señalan que los síntomas depresivos en personas con DM2 se asocian de manera directa con una percepción más negativa de su calidad de vida. Entre las consecuencias más comunes se encuentran la disminución del interés por el autocuidado, el retraimiento social y una autoestima reducida. En este sentido, el deterioro de la salud mental se convierte en uno de los mayores impedimentos para alcanzar un adecuado control metabólico (Borda-Lozano, 2023).

Sin embargo, no todo es negativo. Existen también numerosos casos de afrontamiento efectivo. Muchos pacientes desarrollan estrategias adaptativas que les permiten convivir con la enfermedad de forma positiva. Estas estrategias incluyen la aceptación activa del diagnóstico, la participación en grupos de apoyo, la adquisición de conocimientos sobre su condición y la implementación de rutinas saludables como el ejercicio regular o la planificación de comidas. También es clave el acompañamiento emocional, tanto profesional como familiar, que facilita la adherencia al tratamiento y reduce el sentimiento de soledad (Gebremedhin et al., 2019).

Por ejemplo, en una investigación desarrollada en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Callao), los pacientes que asistían regularmente a controles médicos, recibían educación en salud y contaban con apoyo familiar tendían a presentar una valoración más favorable de su calidad de vida, además de experimentar un menor impacto emocional frente a la enfermedad (Serrano, 2019). Igualmente, en otras investigaciones se encontró que las personas que mantenían una actitud positiva, se sentían satisfechas con su tratamiento y se percibían capaces de manejar su enfermedad, reportaban niveles más altos de bienestar general (Rojas et al., 2021).

La diabetes mellitus, al ser una condición crónica, afecta de manera desfavorable la rutina diaria de quienes la viven, generando repercusiones directas en

su calidad de vida. Este impacto se agrava cuando el paciente convive con otras enfermedades crónicas, lo cual es bastante común. Más del 80 % de las personas con diabetes también presentan hipertensión o dislipidemia, y más del 50 % adicionalmente sufren de obesidad (Bove et al., 2020).

La calidad de vida suele verse más afectada a medida que aparecen complicaciones asociadas con la progresión de la enfermedad. Estas complicaciones pueden dividirse en microvasculares como la neuropatía, la nefropatía y la retinopatía y macrovasculares, incluyendo infarto al miocardio, angina, accidentes cerebrovasculares y amputaciones (Rojas, 2020). A esto se suma la carga emocional y física que representa el tratamiento diario: el uso repetido de fármacos orales, el miedo a iniciar o utilizar insulina y los posibles episodios de hipoglucemia. Todos estos elementos pueden favorecer la aparición de síntomas depresivos y deteriorar aún más la forma en que la persona percibe su propio bienestar (Grimaldo, 2020).

Las limitaciones geográficas de las zonas rurales dificultan el acceso oportuno a los servicios de salud, lo que complica el seguimiento adecuado de los pacientes con diabetes mellitus. Esta falta de control incrementa el riesgo de que los pacientes desarrollen complicaciones como nefropatía, neuropatía, retinopatía y diversas afecciones cardiovasculares. La presencia de estas afecciones repercute de manera importante en la calidad de vida de los adultos (Cadenillas- Maguiña et al., 2024).

En conclusión, la calidad de vida en pacientes que viven con enfermedades crónicas como la diabetes implica una visión integral de cómo estas personas enfrentan sus limitaciones funcionales, cognitivas, emocionales, sociales y laborales. Diversos estudios han destacado la relevancia de los componentes emocionales y del entorno social tanto en el mantenimiento como en la recuperación del estado de salud, subrayando también elementos clave como la adherencia terapéutica y la calidad del sueño (Rojas et al., 2021).

Es importante destacar que el afrontamiento de la diabetes no es solo responsabilidad del paciente. El sistema de salud debe brindar espacios de educación continua, seguimiento psicológico, accesibilidad al tratamiento y promoción de

entornos comunitarios saludables. Solo mediante un enfoque integral es posible favorecer una mejor calidad de vida en las personas que conviven con esta enfermedad crónica.

Capítulo III

Fundamento Teórico Científico de la Variable 2: Autoconcepto

3.1. Estrategias de Afrontamiento

De acuerdo con García y Musitu (2001) podemos decir que, el autoconcepto hace referencia a la imagen que el individuo construye sobre sí mismo, formada a partir de sus interacciones con otros y de las interpretaciones que realiza sobre su propia conducta. Este constructo abarca dimensiones emocionales, sociales, físicas y académicas. Se concibe como una estructura organizada de percepciones sobre uno mismo, susceptible de ser reconocida y comprendida conscientemente. Además, constituye un esquema cognitivo complejo que se va configurando a lo largo del tiempo mediante las experiencias previas del individuo con su entorno.

El autoconcepto se refiere a la información que tenemos sobre nosotros mismos y cómo nos percibimos. Es la comprensión que el individuo tiene de sí mismo, formada a través de experiencias y de la manera en que interpreta su entorno. Por lo general, el autoconcepto se manifiesta mediante un conjunto de pensamientos, emociones y actitudes que el individuo mantiene respecto a su propia identidad. Esta percepción personal puede modificarse según las circunstancias y las distintas etapas o situaciones que se atraviesan a lo largo de la vida. (Núñez et al., 1998).

Estas percepciones están condicionadas por varios factores, entre ellos las valoraciones realizadas por otras personas, los procesos de refuerzo y las interpretaciones que el individuo hace sobre su propio comportamiento (Shavelson et al., 1976). Asimismo, el autoconcepto comprende el conjunto de ideas y referencias que el individuo posee acerca de sí mismo: una serie de rasgos, particularidades, habilidades, limitaciones, cualidades, defectos, aspectos morales y formas de actuar que reconoce como parte de su identidad y que conforman su manera de entender su propia personalidad (Sánchez et al., 2007).

Una característica fundamental del autoconcepto es su naturaleza

multidimensional. No se refiere únicamente a un solo aspecto del yo, sino que integra componentes cognitivos, emocionales, sociales y físicos. Por ejemplo, el autoconcepto cognitivo implica las creencias acerca de las habilidades propias o limitaciones, mientras que el componente emocional se refiere al valor que la persona otorga a esos rasgos (Wehrle & Fasbender, 2020).

Además, el autoconcepto tiene un elemento evaluativo o relacional importante: la comparación con estándares internos o externos. Las personas no solo se evalúan en función de sus características actuales, sino también en relación con lo que aspiran a ser (yo ideal) o lo que creen que deberían ser. Este contraste puede afectar la autoestima, el bienestar y la satisfacción personal (Céspedes et al., 2020).

Por su parte Capdevila (2020) plantea que el autoconcepto funciona como una guía interna que impulsa a la persona a desarrollar al máximo sus capacidades, habilidades y esfuerzos. A lo largo de las distintas etapas de la vida, este se va configurando con el propósito de satisfacer necesidades afectivas como el amor, el cariño genuino, la aceptación, la lealtad y el aprecio. En este proceso, el individuo también aprende a interpretar cómo los demás lo perciben y, a partir de ello, ajusta ciertos aspectos de sí mismo para integrarlos en su identidad.

En este sentido, el autoconcepto se forma tanto a partir de las percepciones internas como de las valoraciones provenientes de otras personas. Este constructo orienta la conducta y constituye un modelo central dentro de los enfoques individuales, especialmente en lo referente a los aspectos psicológicos y espirituales del ser humano. Dicho modelo reconoce que, en la base del autoconcepto, se encuentran la integridad psicológica y la integridad espiritual, entendidas como la necesidad fundamental de conocer quién es uno mismo para poder sentirse un ser unificado y con sentido. Esta coherencia interna, tanto en lo psíquico como en lo espiritual, es considerada un componente esencial para la salud (Campos et al., 2016).

3.2. Dimensiones Básicas del Autoconcepto

Si bien la mayoría de autores toman como referencia el modelo propuesto por Shavelson et al. (1976), para los fines de esta investigación se empleará la clasificación planteada por García y Musitu (2001), la cual retoma y organiza las cinco dimensiones establecidas en el modelo de Shavelson:

3.2.1. *Autoconcepto Académico / Laboral*

Este componente se refiere a cómo la persona percibe su propio rendimiento en el ámbito académico o en su trabajo. Se organiza en dos aspectos centrales: por un lado, la imagen que el estudiante o trabajador forma de sí mismo a partir de las valoraciones de docentes o supervisores (por ejemplo, ser visto como un alumno o empleado competente); y, por otro lado, las características particulares que son especialmente apreciadas en ese entorno, como la inteligencia, la capacidad, la dedicación o la valoración personal (García & Musitu, 2001). Esta dimensión se asocia de manera positiva con un mejor desempeño académico o laboral, una ejecución más eficiente de las tareas, mayor aceptación por parte de los compañeros, así como con niveles más altos de liderazgo y responsabilidad. Por el contrario, mantiene una relación negativa con el ausentismo en el estudio o el trabajo y con la presencia de conflictos (Gavín-Chocano et al., 2025).

3.2.2. *Autoconcepto Social*

Evaluación subjetiva de lo bien que uno se relaciona con los demás. Este factor consta de dos partes: la primera se refiere a la medida en que la red social del sujeto puede mantenerse o ampliarse, mientras que la segunda aborda algunas características destacadas de las conexiones interpersonales: el tamaño del círculo social del individuo, lo fácil o difícil que es mantenerlo o ampliarlo y lo bien que se lleva la

persona con los demás ("cordial" y "alegre"). En otras palabras, la manera en que el autoconcepto interviene en las relaciones interpersonales influye en cómo la persona valora sus propias competencias sociales (Gálvez, 2019). Asimismo, esta dimensión implica reconocer distintas habilidades sociales, entre ellas la capacidad empática, la asertividad y el liderazgo, las cuales se fortalecen y ponen en práctica de forma cotidiana en los distintos entornos donde el individuo interactúa (Mestanza & Salinas, 2019).

El autoconcepto social se vincula de manera favorable con múltiples áreas del bienestar y del desempeño individual. Entre ellas destacan el ajuste y equilibrio psicosocial, el desempeño en los estudios y en el trabajo, el reconocimiento otorgado por docentes o superiores, así como la aceptación y valoración que la persona recibe de sus pares. Además, se asocia favorablemente con la conducta prosocial y la adhesión a valores universalistas. Por otro lado, presenta una correlación negativa con la presencia de comportamientos disruptivos, la agresividad y la manifestación de síntomas depresivos (Arens et al., 2021).

3.2.3. *Autoconcepto Emocional*

Esta dimensión alude a la manera en que el individuo identifica y valora sus propias emociones, así como la manera en que reacciona frente a distintas experiencias cotidianas, evidenciando su nivel de implicación y respuesta ante ellas. Se compone de dos elementos principales: por un lado, la apreciación general que el individuo tiene de sus emociones (por ejemplo, percibirse como alguien que se asusta o se pone nervioso con facilidad); y por otro, la valoración que realiza sobre sus emociones en situaciones concretas donde se relaciona con figuras de autoridad, como docentes o superiores laborales (Delgado, 2020).

Un autoconcepto emocional elevado sugiere que la persona tiene una gran capacidad para gestionar sus emociones y manejar las circunstancias que se le presentan, respondiendo de manera equilibrada y sin alterarse ante los retos y

situaciones cotidianas que enfrenta. Por otro lado, un autoconcepto emocional bajo se asocia con dificultades en el manejo de las emociones. Esta dimensión muestra una correlación positiva con competencias de interacción social, la capacidad de autorregulación, la percepción de bienestar y el reconocimiento por parte de sus pares. En contraste, presenta una asociación inversa con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, el consumo de alcohol y tabaco, así como con una limitada participación e inclusión en los contextos sociales, tanto educativos como laborales (García & Musitu, 2001).

3.2.4. *Autoconcepto Familiar*

Percepciones del compromiso, la integración y la implicación del sujeto en el contexto familiar, cómo ejerce su rol como parte de la familia (Yábar, 2019). Esta dimensión se descompone en dos elementos principales. El primero está relacionado con el apego y la confianza de los padres hacia la persona. El segundo componente abarca cuatro aspectos vinculados con la dinámica familiar y el ambiente del hogar; dos de ellos se expresan en forma negativa —como la percepción de que la familia se siente decepcionada o que se recibe demasiada crítica— y reflejan sensaciones de baja participación, escasa pertenencia o falta de aceptación por parte de los demás integrantes de la familia (Tacca-Huamán et al., 2021).

Esta dimensión ocupa un lugar central dentro del autoconcepto, pues se vincula de manera favorable con el rendimiento escolar y laboral, el ajuste psicosocial, la sensación general de bienestar, la integración en contextos educativos y de trabajo, así como con comportamientos prosociales, valores de tipo universalista y una percepción positiva de la salud física y mental. Por el contrario, mantiene una relación inversa con la presencia de síntomas depresivos, la ansiedad y el uso de sustancias (Luján, 2021).

3.2.5. *Autoconcepto Físico*

Hace referencia lo que la persona piensa sobre su propio cuerpo, su aspecto, el sentido positivo de la salud y la felicidad, el autocontrol, la capacidad atlética, la voluntad de superación y la integración social y académica están correlacionados con un sentido sano de uno mismo. Esta dimensión se organiza sobre dos ejes que se complementan entre sí. El primero está vinculado a la práctica deportiva e incluye elementos de interacción social —“me buscan...”—, aspectos físicos y el nivel de destreza —“soy bueno...”—. El segundo eje se centra en la percepción física, incluyendo la autoimagen, el atractivo y la elegancia. Un alto autoconcepto físico implica que la persona se percibe como atractiva, se preocupa por su bienestar físico y considera que tiene la capacidad de desempeñarse exitosamente en actividades deportivas. (Redondo & Jiménez, 2020).

El autoconcepto físico se asocia favorablemente con la percepción de un buen estado de salud, la capacidad de autorregulación, la sensación de bienestar general, el desempeño en actividades deportivas, la motivación para alcanzar metas y la integración en los contextos social y educativo. Asimismo, evidencia una relación negativa con el bajo desempeño académico, los niveles de ansiedad y, en menor grado, con ciertos problemas en las relaciones interpersonales (Medina et al., 2018).

3.3. Origen del Autoconcepto

El concepto de autoconcepto tiene raíces profundas que se remontan a la antigua cuestión filosófica para descubrir quiénes somos. Desde la época de los pensadores griegos, se dieron a conocer términos relacionados con este constructo, como alma, espíritu y voluntad. Platón introdujo la idea del self vinculado al alma, mientras que Aristóteles elaboró una descripción sistemática del yo. Por su parte, San Agustín llevó a cabo uno de los primeros estudios introspectivos sobre el self. En conjunto, estas

reflexiones coincidieron en establecer una diferenciación esencial entre el alma y el cuerpo (Medina, 2010)

Durante la Edad Media, el conocimiento sobre el "yo" quedó limitado a los pocos filósofos que sobrevivieron al vacío cultural característico de ese período. Posteriormente, con el resurgimiento cultural en Europa durante el siglo XVII, el concepto de "self" comenzó a cobrar relevancia y se manifestó en las ideas filosóficas de pensadores como Descartes, con su famosa frase “pienso luego existo”, colocando al yo como una estructura consciente. Por otro lado, Locke y Hume desarrollaron los aspectos del sí mismo remarcando su énfasis en la experiencia sensorial, esto quiere decir que el self está compuesto de sensaciones y percepciones personales (Martínez et al., 2003).

A finales del siglo XIX, William James fue el primer psicólogo en elaborar una teoría sobre el autoconcepto, en su obra *Principios de Psicología*, realizando uno de los primeros análisis sobre la conceptualización y estructura del autoconcepto, al que denominó self. Estableció lo que hoy sería la conceptualización jerárquica y multidimensional del autoconcepto. Destacó este concepto como un elemento clave en la conducta humana. Este trabajo, publicado en 1890, se convirtió en una contribución significativa para el desarrollo contemporáneo del concepto de self (Medina, 2010).

En *The Principles of Psychology*, William James plantea una diferenciación entre dos dimensiones fundamentales del yo: el yo entendido como sujeto y el yo como objeto. El yo sujeto se entiende como la instancia que construye y organiza al yo objeto, mientras que este último engloba el conjunto de conocimientos y valoraciones que el individuo construye acerca de sí mismo. En este sentido, el autoconcepto se identifica directamente con el yo objeto (Cazalla-Luna & Molero, 2013).

Rodríguez (2008) señala que James concibe el conjunto de autoconocimientos —o yo objeto— como una estructura conformada por cuatro componentes esenciales: a) el yo material, que abarca el propio cuerpo y todos aquellos bienes u objetos que la persona percibe como parte de sí; b) el yo social, integrado por las percepciones y

valoraciones que se forman a partir de las interacciones con el entorno; c) el yo espiritual, que reúne las capacidades personales, rasgos, impulsos y motivaciones internas; y d) el yo puro (o corporal), definido de manera más abstracta, pero entendido como la sensación de identidad y continuidad que acompaña al individuo a lo largo de su vida. Este último componente es el que brinda coherencia e identidad a las emociones y conductas que la persona experimenta a lo largo de su desarrollo. James no solo delimitó las dimensiones que conforman el autoconcepto, sino que también propuso una estructura jerárquica: en el nivel superior ubicó el yo espiritual, seguido del yo social, y finalmente, en la base, el yo material. Además de estas características de multidimensionalidad y jerarquización, James añadió otros aportes teóricos de gran relevancia. Por una parte, James resaltó el carácter profundamente social del autoconcepto, señalando que una persona tiene tantos “yo sociales” como individuos construyen una imagen sobre ella. Por otra, enfatizó la relevancia de distinguir entre los logros que la persona cree haber alcanzado (yo percibido) y aquello a lo que aspira ser (yo ideal), así como la diferencia entre la evaluación que hace de esos logros y la importancia o valor que les atribuye (Cazalla-Luna & Molero, 2013). Esto permite reconocer que James fue el precursor en establecer la naturaleza multidimensional y jerárquica en la estructura y organización del autoconcepto. Sus propuestas han servido como base para investigaciones posteriores, como las de Shavelson en 1976, quien utilizó estos fundamentos para desarrollar su propio modelo teórico sobre el autoconcepto (Medina, 2010).

Por otro lado, podemos mencionar que el autor James sostiene que las imágenes que los demás proyectan sobre un individuo se integran en su autoconcepto, reflejándose en su percepción personal. En otras palabras, cada persona desarrolla múltiples imágenes de sí misma, correspondientes a las percepciones que recibe de quienes la rodean. Este planteamiento posiciona a James como precursor en identificar la dimensión social del yo (González, 1999). Este enfoque marcó el inicio de las teorías del interaccionismo simbólico, cuyos exponentes, como Cooley, Mead y Goffman, desarrollaron durante la primera mitad del siglo XX la idea de que el entendimiento

pleno del yo depende de una comprensión mutua y recíproca con los otros en el contexto social. Según ellos, el autoconcepto de un individuo surge de su interacción con los demás y se construye a partir de las características, expectativas y valoraciones que las personas le atribuyen. Por su parte, Mead plantea que el “self” es, fundamentalmente, una construcción social que emerge y se moldea mediante la experiencia dentro del grupo social (Medina, 2010).

Posteriormente, el psicoanálisis, sobre todo a través de los aportes de Freud, construyó una teoría compleja acerca del autoconcepto y su desarrollo. Esta perspectiva psicoanalítica conceptualiza a la personalidad como una estructura formada por tres componentes fundamentales: el ello, el yo y el superyó, que constituyen los procesos inconscientes del aparato psíquico. En este esquema, el yo no actúa únicamente como mediador entre los impulsos instintivos del ello y las restricciones normativas del superyó, sino que asume un rol integrador, al coordinar y equilibrar todos los aspectos de la personalidad. Freud consideraba que el yo es el núcleo de la identidad, ya que organiza y simboliza las diversas representaciones mentales que conforman el concepto de sí mismo (Cazalla-Luna & Molero, 2013).

Rodríguez (2008) señala que la irrupción del conductismo, con su énfasis en el método científico y en el estudio estrictamente observable de la conducta, provocó un marcado retroceso en el abordaje del autoconcepto. Desde esta postura, todo proceso interno, como pensamientos, deseos, expectativas o incluso la noción misma de self, quedó descartado por considerarse imposible de evaluar de manera directa y, por tanto, carente de validez científica para esta corriente. Desde la perspectiva conductista, el estudio de estos elementos implicaba el uso de técnicas introspectivas, las cuales eran categóricamente rechazadas por ser consideradas subjetivas y carentes de rigor científico.

3.4. Características del Autoconcepto

El autoconcepto se entiende como el conjunto organizado y dinámico de creencias, percepciones, evaluaciones y sentimientos que una persona tiene respecto a sí misma. El desarrollo del autoconcepto se ve condicionado por múltiples factores vinculados a las características personales de cada individuo, tales como la edad, el género, el entorno cultural y el contexto social en el que se encuentra, así como por las exigencias del ámbito profesional (Rojas et al., 2021). A medida que transcurre el proceso de envejecimiento, las personas suelen reconocer una mayor variedad de dimensiones en su autopercepción, algunas de las cuales pueden transformarse o ser reemplazadas por nuevas conforme evolucionan sus experiencias. Esto pone de manifiesto el carácter multidimensional del autoconcepto, entendido como un constructo compuesto por varias esferas: la académica, la social, la emocional, la familiar y la física (García & Musitu, 2001).

Una persona con un autoconcepto sólido se maneja con seguridad en su vida, ya que tiene claridad sobre quién es, sin estar en una búsqueda constante de lo que podría llegar a ser. En su relación con el entorno, tiende a seleccionar información que confirme la coherencia y estabilidad de la imagen que tiene de sí misma, pero también aquella que le permita seguir fortaleciéndola y ampliándola. Por ello, las percepciones sobre nosotros mismos varían según el contexto y las diferentes etapas de nuestra vida (Portillo, 2020).

En esencia, el autoconcepto tiene un carácter dinámico y experiencial, dado que se construye y evoluciona a lo largo de toda la existencia del ser humano. Desde la perspectiva del modelo de Shavelson et al. (1976), se identifican siete características esenciales que definen el constructo del autoconcepto:

3.4.1. *Organizado*

El autoconcepto se entiende como una estructura organizada, ya que surge a partir del conjunto de vivencias que una persona acumula y que sirven de base para formarse una imagen de sí misma. Para dar coherencia y facilitar la comprensión de esas experiencias, el individuo tiende a agruparlas en categorías más simples. Dichas categorías funcionan como un modo de ordenar lo vivido y otorgarle un significado personal.

3.4.2. *Multifacético*

El autoconcepto es multifacético porque está compuesto por diversas áreas o dimensiones que representan la forma en que una persona clasifica y organiza la información sobre sí misma. Estas facetas responden al sistema de categorías que cada individuo utiliza o que comparte con su entorno social para interpretar y estructurar su propia identidad.

3.4.3. *Jerárquico*

Las diversas dimensiones que conforman el autoconcepto se organizan de manera jerárquica. En los niveles inferiores se encuentran las percepciones que surgen de experiencias específicas y situaciones concretas, mientras que en la parte superior se ubica el autoconcepto global, que integra y resume todas esas experiencias particulares.

3.4.4. *Estable*

Aunque el autoconcepto global tiende a mantenerse relativamente constante a lo largo del tiempo, sus componentes más específicos muestran mayor variabilidad. Es

decir, conforme se desciende en la estructura jerárquica del autoconcepto, este se vuelve más sensible a las circunstancias concretas y, por ende, presenta menor estabilidad.

3.4.5. *Experimental*

Con el transcurso de los años y la acumulación de experiencias, especialmente cuando se desarrolla la capacidad verbal, el autoconcepto se vuelve más diferenciado. A medida que el niño logra integrar y relacionar las distintas percepciones que tiene sobre sí mismo, emerge una estructura del yo más compleja, organizada y compuesta por múltiples dimensiones.

3.4.6. *Valorativo*

Además de construirse una descripción sobre cómo es en determinados contextos, la persona también genera juicios y valoraciones sobre esas características. Dichas evaluaciones pueden compararse con estándares ideales, lo que desearía llegar a ser, o con referentes más inmediatos, como las conductas observadas en su entorno. Esta dimensión evaluativa no tiene el mismo peso para todas las personas, pues su relevancia depende tanto del individuo como de la situación en la que se encuentre.

3.4.7. *Diferenciable*

El autoconcepto se puede distinguir de otros constructos teóricamente relacionados. Por ejemplo, está influenciado por experiencias específicas.

3.5. Percepciones que Forman el Autoconcepto

El autoconcepto se construye a partir de múltiples percepciones internas y externas que el individuo incorpora como parte de su identidad. Estas percepciones incluyen cómo nos vemos a nosotros mismos (autoimagen), cómo creemos que otros nos ven (percepción social), cómo evaluamos nuestras capacidades y logros, y la interpretación de nuestras emociones y experiencias pasadas (Lopera-Vásquez, 2020).

El modelo multidimensional planteado por Shavelson sostiene que el autoconcepto se configura como una estructura con distintos niveles. En la parte superior se ubica el autoconcepto global, el cual se divide en áreas más específicas, como la académica, social, emocional y física, que permiten comprender con mayor detalle cómo una persona se percibe en distintos ámbitos de su vida. Cada una de estas dimensiones se forma a partir de percepciones específicas sobre el desempeño, la competencia percibida y la retroalimentación social en contextos particulares (Weva et al., 2023).

El ser humano construye una serie de percepciones y valores personales que lo identifican y diferencian de los demás; a este conjunto se le denomina autoconcepto (García & Musitu, 2001).

Este autoconcepto surge de la interacción entre distintas percepciones: (a) la idea o representación que la persona forma de sí misma, (b) la imagen que los demás elaboran sobre ella, y (c) la interpretación que el individuo hace de cómo los otros lo perciben. (Cadena & Cardozo, 2021).

Desde el enfoque de la psicología social, sentirse parte de un grupo juega un papel determinante en la construcción del autoconcepto. El Modelo de Identidad Social sostiene que las personas construyen parte de su autoconcepto a través de la afiliación a grupos sociales significativos (familia, escuela, género, etnia, profesión). La valoración que el individuo otorga a esos grupos y su estatus dentro de ellos influyen directamente en su autopercepción. Estudios recientes han confirmado este modelo: en

adolescentes, la percepción de inclusión y pertenencia escolar está positivamente relacionada con un autoconcepto más positivo (Gutiérrez et al., 2022).

El Modelo del Autoconcepto Adaptativo de Jankowski et al. (2022) es uno de los más recientes y propone que el autoconcepto no solo incluye juicios sobre quién soy, sino también cómo manejo esa información sobre mí mismo. El modelo identifica dimensiones como: a) Claridad del autoconcepto (qué tan bien una persona entiende quién es), b) Apertura a nueva información sobre el yo, c) Modificabilidad (capacidad de ajustar el autoconcepto con nuevas experiencias), d) Conciencia sin rumiación (reflexionar sin autocriticarse).

Núñez et al. (1998) señalan que, al inicio de la adolescencia, el autoconcepto atraviesa un proceso de reconstrucción, pues comienza a integrarse la autoestima a partir de la valoración que el joven hace de sus propias características. Esta evaluación personal permite diferenciar entre un autoconcepto positivo y uno negativo. Un autoconcepto positivo se manifiesta en la seguridad con la que la persona se desenvuelve, su capacidad para recibir críticas y utilizarlas para mejorar, la confianza en sus propias habilidades y la facilidad para establecer relaciones de amistad saludables, participando en actividades sociales sin mayores dificultades.

Un autoconcepto negativo se observa en personas que tienden a distanciarse de los demás, mostrándose excesivamente autocríticas y adoptando actitudes sumisas. Suelen aceptar sin cuestionar las opiniones ajenas y depender de otros porque sienten que, por sí mismas, no son capaces o que todo lo que hacen está mal. Sin embargo, también puede expresarse de forma opuesta: algunas personas adoptan conductas autoritarias, prepotentes o dominantes como un mecanismo para experimentar una sensación de control o fuerza que internamente no sienten (Cadena & Cardozo, 2021).

3.6. Modelos de Autoconcepto

Dado que existen múltiples definiciones del autoconcepto, es natural que también haya diferentes modelos explicativos del mismo. Rosenberg (1979) menciona

que, se pueden distinguir tres enfoques respecto al componente organizativo del autoconcepto: a) modelos que proponen un único factor, es decir, un concepto general que resume todas las áreas; b) un modelo multidimensional que define el autoconcepto a través de diversas áreas bien definidas; y c) una perspectiva que combina la multidimensionalidad con la unidimensionalidad. En realidad, más que un modelo, este tercer enfoque es una perspectiva que acepta la multidimensionalidad, pero sostiene que existe una actitud global e inconsciente tanto hacia el conjunto como hacia los elementos individuales que conforman el autoconcepto.

En la literatura teórica y empírica que conocemos, el autoconcepto se conceptualiza comúnmente desde una perspectiva multidimensional. Desde este enfoque, se proponen con mayor frecuencia dos modelos para organizar las diferentes facetas o factores del autoconcepto: a) un modelo jerárquico y b) un modelo concéntrico (Marsh y Shavelson, 1985).

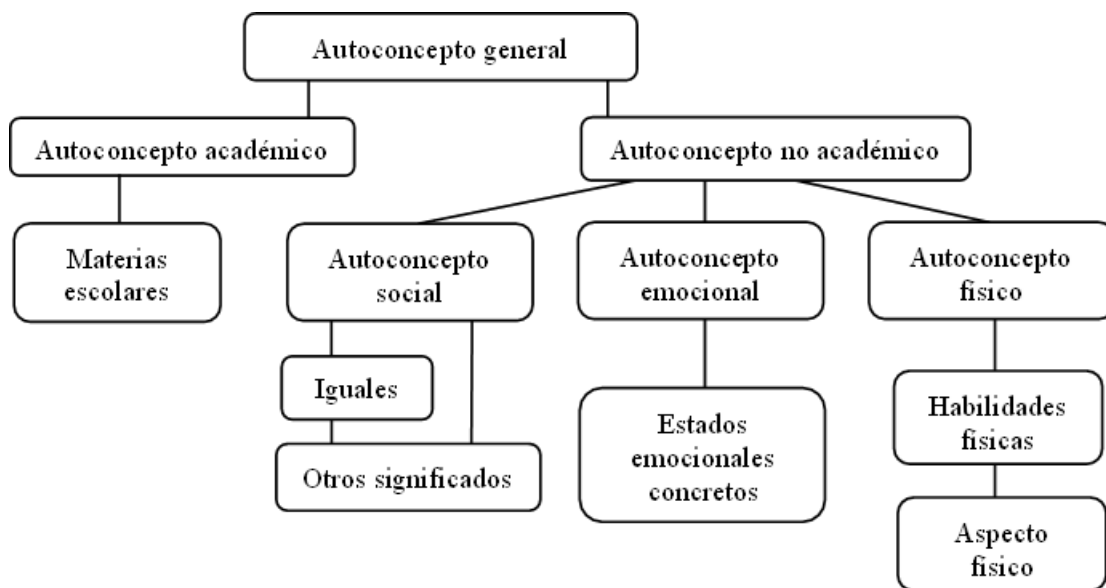
En cuanto al primer tipo de modelos, el más común es el desarrollado por Shavelson et al. (1976), que fue refinado en trabajos posteriores. Este modelo de autoconcepto (ver figura 3) propone una estructura jerárquica en la que el autoconcepto general se ubica en el nivel más alto. Dentro de este autoconcepto general, se deben diferenciar dos tipos básicos: el académico y el no académico. El autoconcepto académico, a su vez, se compone de distintas áreas, como lengua, matemáticas, historia y ciencias. El autoconcepto no académico se refiere a las descripciones que los individuos hacen de sí mismos en las áreas emocional, física y social, con varios componentes específicos en cada una de estas áreas. El análisis podría extenderse a subáreas más detalladas, aunque esto no se ha verificado empíricamente.

Marsh y Shavelson (1985) delinean las características del autoconcepto tal como se presenta en el modelo de la figura 3. Según estos autores, el autoconcepto se caracteriza por: a) ser multidimensional o multifacético, b) tener una estructura jerárquica, c) ser estable en su autoconcepto general, mientras que las dimensiones más específicas pueden volverse más inestables al descender en la jerarquía, d) mostrar una

mayor evidencia de multidimensionalidad a medida que el individuo progresa de la infancia a la adolescencia, e) incluir dos tipos de dimensiones: evaluativas y descriptivas, f) diferenciarse de otros constructos como el rendimiento académico.

Figura 3

Modelo de autoconcepto de Shavelson et al. (1976)



Nota. El gráfico el modelo multidimensional planteado por Shavelson et al. Sobre el Autocnocepto.

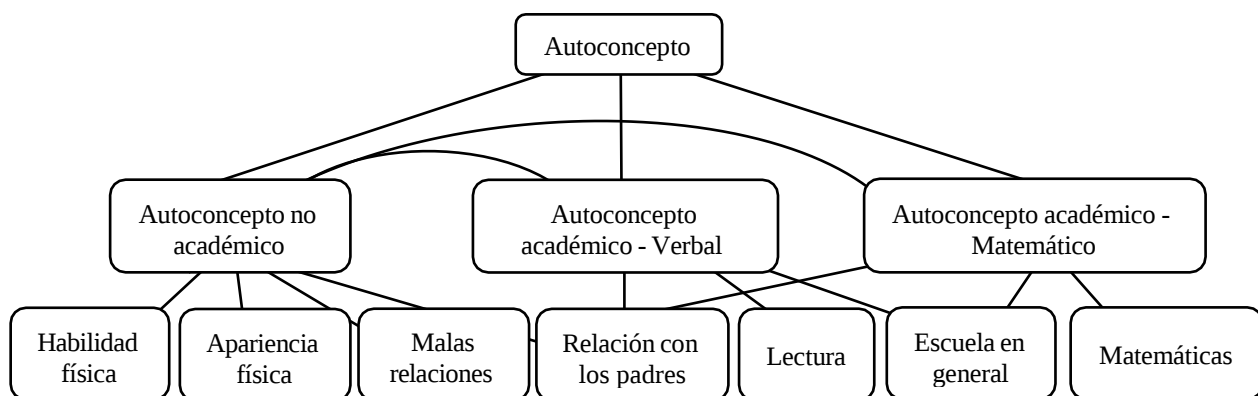
Este modelo de autoconcepto ha sido sometido a examen empírico a través de diseños tanto transversales como longitudinales, y los resultados respaldan dicho modelo. Por otro lado, Soares y Soares (1982) han desarrollado un modelo de autoconcepto muy similar al propuesto por Shavelson, concluyendo que las diversas dimensiones mantienen una relación menos fuerte de la que postula dicho autor, es decir, son relativamente independientes. Esta misma conclusión se ha encontrado en algunos de los estudios mencionados anteriormente.

En este contexto, Marsh y Shavelson (1985) buscan validar el modelo inicial mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, llegando a un modelo

similar con ciertas variaciones. El modelo final derivado de este estudio, corroborado por investigaciones posteriores, se presenta en la figura 4. Las diferencias más significativas con respecto al modelo inicial son: a) la necesidad de distinguir dos tipos de autoconceptos académicos como factores independientes: el verbal y el matemático. En todos los estudios revisados, se ha observado que estos dos tipos de autoconcepto son completamente independientes e incluso pueden correlacionarse negativamente entre sí. b) El autoconcepto no académico y los académicos están relacionados a través del área de "relación con la familia o padres".

Figura 4

Análisis factorial exploratorio y confirmatorio realizado por Shavelson y Marsh sobre el modelo de Autoconcepto de Soares y Soares.



Nota. El gráfico presenta la validación realizada por Shavelson y Marsh sobre el modelo inicial del Autoconcepto de Soares y Soares.

En la actualidad, se ha confirmado que el autoconcepto posee una naturaleza multidimensional, aunque persisten incertidumbres sobre la cantidad de factores que lo integran y sus interrelaciones. Rodríguez (2008) ha descrito seis modelos diferentes para explicar la relación entre los diversos factores que constituyen el autoconcepto:

3.6.1. *El modelo multidimensional de factores independientes*

Plantea una postura opuesta al enfoque unidimensional, ya que sostiene que las distintas dimensiones del autoconcepto funcionan de manera autónoma y no guardan relación entre sí. Sin embargo, una variante más moderada de este modelo reconoce que puede existir cierto nivel de relación entre los factores, aunque no sea fuerte. Esta interpretación más flexible ha recibido apoyo empírico en algunos estudios, como los de Marsh y Shavelson (1985), a diferencia de la versión totalmente estricta, que no ha mostrado evidencia suficiente (Marsh & Hattie, 1996, como se citó en Cazalla-Luna & Molero, 2013).

3.6.2. *El modelo multidimensional de factores correlacionados*

Este enfoque sostiene que las distintas dimensiones que conforman el autoconcepto no funcionan de manera aislada, sino que mantienen vínculos entre sí. En otras palabras, los componentes del autoconcepto se influyen mutuamente. Este planteamiento ha recibido un respaldo empírico mucho más sólido que el modelo de factores independientes (Marsh, 1997, como se citó en Cazalla-Luna & Molero, 2013).

3.6.3. *El modelo multidimensional multifacético*

Según Marsh y Hattie (1996, citados en Cazalla-Luna & Molero, 2013), el autoconcepto puede entenderse como una única faceta amplia que agrupa diversos contenidos. Esta faceta se expresa a través de distintos niveles o dominios, como el físico, el social o el académico, organizándose en una estructura que abarca múltiples áreas de la autopercepción personal.

3.6.4. *El modelo multidimensional multifacético taxonómico*

Este modelo amplía la propuesta multifacética al establecer que el autoconcepto no solo está compuesto por una faceta general, sino por al menos dos facetas diferenciadas, cada una subdividida en un mínimo de dos niveles (Cazalla-Luna & Molero, 2013). De este modo, la estructura del autoconcepto se vuelve más compleja y detallada.

3.6.5. *El modelo compensatorio*

Este planteamiento sugiere la existencia de un componente general del autoconcepto que engloba diversas facetas específicas. La particularidad del modelo es que establece una relación inversa entre dichas facetas, lo que implica que una área del autoconcepto puede equilibrar o compensar las deficiencias percibidas en otra (Cazalla-Luna & Molero, 2013).

3.6.6. *El modelo multidimensional de factores jerárquicos*

Este modelo propone que el autoconcepto está conformado por múltiples dimensiones que se ordenan de manera jerárquica. En la parte superior se ubica el autoconcepto general, del cual se desprenden niveles más específicos. Esta perspectiva coincide con la propuesta clásica de Shavelson y colaboradores (1976), quienes respaldan la idea de una estructura escalonada donde las percepciones particulares alimentan gradualmente la valoración global que la persona tiene de sí misma.

3.7. Distinción entre Autoconcepto y Autoestima

Aunque los términos autoconcepto y autoestima suelen utilizarse indistintamente en el lenguaje cotidiano, en el campo de la psicología representan constructos teóricamente distintos, con funciones y estructuras diferenciadas. Su adecuada distinción resulta fundamental en investigaciones orientadas al estudio del desarrollo personal, el bienestar psicológico y los procesos de adaptación en contextos educativos y sociales (Chen et al., 2022).

El autoconcepto se entiende como un sistema estructurado de creencias e interpretaciones que una persona construye acerca de sí misma. Este constructo es principalmente de naturaleza cognitiva-descriptiva, pues reflejan como las personas interpretan su identidad en distintos dominios, tales como el académico, el social, el físico o el emocional, también, también incluye características, como la edad, género, estado civil, etc. Por tanto, el autoconcepto responde a la pregunta: ¿Quién soy yo?, integrando experiencias pasadas, percepciones actuales y expectativas futuras (Gutiérrez & Ayala, 2021).

En cambio, la autoestima implica una valoración afectiva del yo. Es decir, representa el juicio emocional que una persona realiza sobre su propio valor, competencia y dignidad. Mientras que el autoconcepto describe lo que la persona cree que es, la autoestima expresa cómo se siente respecto a eso que cree ser (Gavín-Chocano et al., 2025). Este componente evaluativo tiene una estrecha relación con la satisfacción personal y la salud mental, ya que altos niveles de autoestima han sido vinculados con mayor resiliencia, bienestar subjetivo y menor sintomatología depresiva (Chen et al., 2022).

Varios estudios recientes han evidenciado la necesidad de diferenciar ambos constructos debido a sus implicaciones prácticas. Por ejemplo, en un estudio realizado con docentes, se encontró que el autoconcepto en sus dimensiones social, física y emocional influye de manera significativa en la autoestima, la cual, a su vez desempeña un papel mediador en la relación entre el autoconcepto y el nivel de satisfacción con la

vida (Castro-Sánchez et al., 2019). Esto sugiere que, aunque ambos constructos están relacionados, no son equivalentes ni intercambiables.

Por otro lado, la literatura también ha señalado que el grado de claridad del autoconcepto (es decir, cuán definidos, consistentes y estables son los contenidos del yo) influye directamente en los niveles de autoestima. Las personas con un autoconcepto más claro tienden a reportar una autoestima más elevada y estable, lo que impacta positivamente en su funcionamiento psicológico general (Ramírez-Granizo et al., 2020).

En términos generales, el autoconcepto se refiere al conjunto de percepciones, emociones y actitudes que un individuo tiene sobre sí misma. Los términos autoconcepto y autoimagen suelen utilizarse de manera intercambiable para describir una visión global del yo. Este autoconcepto global está compuesto por múltiples dimensiones (Shavelson et al., 1976).

Una de las dimensiones vinculadas al autoconcepto es la autoestima. Esta se enfoca principalmente en la valoración que cada persona realiza de sí misma, esto quiere decir, en los juicios que formula acerca de su propio valor personal. En contraste, el autoconcepto comprende un conjunto más amplio de aspectos relacionados con la identidad del individuo, como sus características físicas, rasgos psicológicos, género, identidad personal y pertenencia étnica. La autoestima también puede estar influida por la presencia de cualidades que la sociedad considera valiosas, por ejemplo la amabilidad o la honestidad. Además, se ve afectada por la percepción que tienen los demás de nosotros como personas significativas y valiosas o que poseen cualidades apreciadas dentro de su propia cultura (Fleming & Courtney, 1984).

El conjunto de rasgos que integran el autoconcepto es amplio y diverso. Aunque no todos tienen el mismo peso para la persona, estos se ordenan según una jerarquía interna que cada individuo construye. Esta organización no es fija, sino que puede modificarse dependiendo de las circunstancias, las vivencias y el estado emocional del momento. Por ejemplo, un individuo puede otorgar mayor protagonismo en su autopercepción a aspectos como su rol laboral, su situación afectiva o su grupo étnico,

según cuánto significado tengan para él o conforme a cómo estos elementos sean valorados en su entorno social. Sin embargo, esta autodescripción y selección de atributos también están influenciadas por aspectos emocionales y de evaluación, que la mayoría de los autores identifican como "autoestima" (Callaza-Luna & Molero, 2013).

En síntesis, aunque el autoconcepto y la autoestima se interrelacionan estrechamente, es esencial mantener su distinción teórica: el primero se refiere al contenido del yo percibido, y el segundo a la evaluación afectiva de dicho contenido. Esta diferenciación permite un abordaje más preciso en estudios orientados al desarrollo humano y la intervención psicoeducativa (Jankowski et al., 2022).

Ambos constructos son cruciales para el desarrollo de las personas desde sus primeras etapas de vida. En el caso de los adolescentes, contar con un autoconcepto fortalecido puede favorecer la generación de condiciones más adecuadas para el aprendizaje, lo que a su vez contribuye al desarrollo de un autoconcepto académico más sólido. De manera similar, un alto nivel de autoestima en niños y adolescentes aumenta la probabilidad de mantener una actitud positiva (Shavelson et al., 1976).

3.8. Funciones del Autoconcepto

El autoconcepto cumple múltiples funciones clave en la vida psicológica y social de los individuos, ya que influye de manera directa en su comportamiento, su forma de interpretar el mundo y la manera en que se relaciona consigo mismo y con los demás (Céspedes et al., 2020).

Un autoconcepto positivo es fundamental para un adecuado desempeño en el ámbito personal, social y profesional, mientras que un autoconcepto negativo suele ser un indicador de dificultades en la personalidad y en la conducta (Gutiérrez et al., 2022).

En primer lugar, actúa como una guía para la acción, orientando las metas que una persona se propone, su nivel de motivación y la persistencia que muestra frente a los desafíos. Las creencias sobre las propias capacidades determinan, en gran medida, el tipo de objetivos que el individuo considera alcanzables, lo que a su vez afecta sus

logros y desempeño en distintas áreas de su vida (Arens et al., 2021). Por ejemplo, en contextos académicos, un autoconcepto positivo está relacionado con un uso más efectivo de estrategias de aprendizaje y una mayor implicación en las tareas (Gavín-Chocano et al., 2025).

Las funciones del autoconcepto incluyen: (a) Garantizar la coherencia interna entre las distintas actitudes que lo componen, (b) Actuar como un filtro interpretativo de la experiencia, donde la percepción y valoración de la realidad dependen en gran medida de la autoimagen del individuo, (c) Contribuir a la satisfacción de la necesidad de autoestima, destacando esta como una de las más relevantes, (d) Servir como mediador en la interacción entre la persona y su entorno, y (e) Influir en las expectativas, aspiraciones y metas personales; por ejemplo, una autopercepción negativa puede llevar a anticipar resultados desfavorables y a esperar un trato poco positivo por parte de los demás. (González & Criado del Pozo, 2007, como se citó en Navajas, 2016).

Finalmente, el autoconcepto también contribuye al desarrollo de estilos de vida saludables y conductas proactivas. Una autoimagen positiva puede motivar a las personas a adoptar hábitos favorables para su bienestar físico y emocional, como practicar ejercicio, mantener una alimentación equilibrada o establecer vínculos sociales saludables. En estudios con estudiantes de ciencias de la salud, se ha observado que quienes poseen un autoconcepto más fuerte también reportan estilos de vida más activos y conscientes (Jankowski et al., 2022).

3.9. Autoconcepto en diabetes

La diabetes, como enfermedad crónica, representa un desafío no solo físico sino también psicológico que puede influir de manera significativa en el autoconcepto de quienes la padecen. El autoconcepto, entendido como la forma en que un individuo se percibe a sí mismo, sus capacidades, limitaciones, identidad y valor personal, puede verse alterado por la experiencia de vivir con diabetes de diversas formas. En primer

lugar, el diagnóstico puede generar una ruptura en la continuidad del yo: quienes antes no se percibían como enfermos deben integrar la condición en su identidad, lo que puede producir sentimientos de vulnerabilidad, cambios en la autoimagen, autoevaluaciones negativas, especialmente si la persona percibe que la enfermedad limita su autonomía, su apariencia física (por ejemplo en casos de complicaciones visibles), o su capacidad para cumplir roles que antes desempeñaba con normalidad (García et al., 2022).

En Latinoamérica, estudios han mostrado que la percepción de la enfermedad, el soporte social, las creencias culturales y la espiritualidad tienen un rol importante en cómo la diabetes afecta el autoconcepto. Por ejemplo, en Perú se encontró que entre personas con diabetes mellitus tipo 2, la calidad de vida y la autoeficacia están asociadas con variables demográficas, clínicas y metabólicas, lo que sugiere que aquellos con mejor control metabólico, con mayor conocimiento, con red de apoyo social, tienden también a tener percepciones más positivas de sí mismos (Huayanay et al., 2021). Además, un estudio en Lima sobre espiritualidad y apoyo social encontró que ambos factores están ligados a mejores dimensiones de calidad de vida percibida en personas que participan en programas de atención diabetes, lo que indica que estos elementos pueden ayudar a mitigar impactos negativos sobre la autopercepción (Krederdt-Araujo et al., 2019).

Aspectos individuales como el tiempo que la persona lleva conviviendo con la enfermedad, la presencia de complicaciones, el género, la edad, el nivel educativo y la percepción del control sobre la enfermedad (autoeficacia) influyen fuertemente en el autoconcepto. Una persona que lleva muchos años con diabetes, con complicaciones visibles o difíciles de manejar (como neuropatía, pérdida de visión, o problemas en la movilidad), puede tener una autoimagen deteriorada, sentir que su identidad se ve disminuida. Si además enfrenta barreras sociales como estigma, falta de apoyo, o creencias culturales negativas sobre la enfermedad, la afectación puede ser mayor. En contraste, aquellos con buen conocimiento de su enfermedad, buen entrenamiento en automanejo, apoyo social y estrategias de afrontamiento activas tienden a conservar

una autoevaluación más positiva, resiliente y adaptativa frente a la diabetes (Kim et al., 2021).

Tener un autoconcepto bajo puede aumentar la aparición de complicaciones tempranas y deteriorar la calidad de vida. En cambio, un autoconcepto fuerte puede funcionar como un factor de protección en personas con diabetes mellitus, al facilitar el afrontamiento tanto de los retos propios de cada etapa vital como de las exigencias específicas de la enfermedad. Entre estos desafíos se encuentran la presión social por ser aceptado por los demás y la necesidad de adaptarse a un tratamiento médico constante y de largo plazo (Kenowitz et al., 2020).

Para la prevención y para minimizar el impacto negativo de la diabetes sobre el autoconcepto, es clave promover intervenciones multidimensionales. Estas pueden incluir educación en salud que no solo informe sobre aspectos fisiológicos, sino que también aborde la autoimagen, el valor personal y la percepción de control; apoyo psicológico para manejar emociones como la culpa, el miedo o la vergüenza; fortalecimiento de redes sociales; programas de autocuidado que integren empoderamiento del paciente; y atención a las creencias culturales y espirituales que pueden ser un recurso protector si se manejan adecuadamente (García et al., 2022). En contextos peruanos, sería útil que los programas de salud incluyan actividades de reforzamiento del sentido de sí-mismo, autoestima, autoeficacia, así como estrategias de intervención comunitaria que reduzcan el aislamiento social o estigmatización (Torres & Murillo, 2023).

En resumen, la diabetes tiene el potencial de afectar el autoconcepto al introducir cambios en la identidad personal, limitaciones funcionales, percepciones negativas sobre uno mismo y el futuro. Sin embargo, factores como conocimiento, control de la enfermedad, apoyo social, estrategias psicológicas adaptativas y la consideración de elementos culturales y espirituales pueden funcionar como amortiguadores. En Latinoamérica y Perú en particular, la evidencia reciente sugiere que interviniendo en estos factores se puede mantener o recuperar un autoconcepto saludable, promoviendo mayor calidad de vida (Ríos, 2024).

El nivel de adaptación que logran las personas frente a su enfermedad influye directamente en su disposición para asumir el autocuidado y en el desarrollo de las competencias necesarias para manejarla. En este sentido, una respuesta adaptativa implica un ajuste psicosocial que abarca conductas, emociones y la forma en que el paciente percibe su estado de salud. En el caso específico de la diabetes, dicho ajuste requiere cambios importantes en el estilo de vida, y suele verse dificultado por factores psicológicos y sociales que interfieren en la adherencia al tratamiento, afectando negativamente el control metabólico (Ly et al., 2023).

Lamentablemente, muchas personas con enfermedades crónicas enfrentan dificultades importantes para adaptarse a su nueva realidad. Para lograr una adaptación adecuada, es necesario que el individuo gestione de forma efectiva su condición, evitando al mismo tiempo el desarrollo de problemas emocionales como un autoconcepto deteriorado o estados afectivos negativos. Además, es fundamental promover emociones positivas, un funcionamiento psicológico saludable y una sensación general de bienestar personal y social (Graham et al., 2022).

3.9.1 *Impacto Psicológico de la Diabetes*

La diabetes, tanto en su forma tipo 1 como tipo 2, no solo exige un manejo físico constante, sino que también ejerce una carga psicológica considerable sobre quienes la padecen. Estudios recientes muestran que quienes viven con diabetes presentan mayor prevalencia de depresión y ansiedad comparados con la población general, lo cual puede deteriorar su bienestar emocional, su sensación de autoestima y su autoconcepto. Por ejemplo, en el Perú se reportó que alrededor del 35-36 % de adultos con diabetes presentan síntomas depresivos, lo cual repercute negativamente en su calidad de vida (Valladares-Garrido et al., 2020).

El diagnóstico de diabetes por primera vez puede provocar una fuerte repercusión emocional en el individuo, cuya reacción estará condicionada por diversos

aspectos, como su estructura de personalidad, la manera en que se le transmite la información, los antecedentes familiares relacionados con la enfermedad y las creencias erróneas o datos contradictorios que posea acerca de la diabetes (Accinelli et al., 2021).

En otro frente, las complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes, como neuropatía, retinopatía o ulceraciones, afectan directamente la calidad de vida física, y este deterioro físico se traslada al plano psicológico. Un estudio confirmó que pacientes con neuropatía dolorosa tienen tasas más altas de alteraciones del ánimo, problemas de sueño y menor calidad de vida en dominios mentales, lo que implica que el dolor físico y la limitación funcional pueden erosionar la percepción que los individuos tienen de sí mismos como personas competentes, seguras y valiosas (Naranjo et al., 2020).

La diabetes a veces es minimizada por los pacientes y su entorno, considerándola algo leve o sin consecuencias. Algunas personas creen que el diagnóstico no genera efectos importantes o que los síntomas se manifiestan solo si ocurren complicaciones graves, como daño visual, amputaciones o fallo renal. Esta visión puede llevar a que no se le dé la atención médica adecuada hasta que el daño es mayor (Cakmak & Gen, 2020). Por otro lado, existe la tendencia opuesta: exagerar los riesgos más severos. Se piensa que diabetes siempre significa complicaciones graves, ignorando que el tratamiento apropiado, los cuidados continuos y la educación médica pueden prevenir esos desenlaces. Esta percepción alarmista genera miedo, sensación de que no se controla nada, vulnerabilidad, y desalienta actitudes proactivas (Graham et al., 2022).

Además, la pandemia de COVID-19 evidenció aún más este impacto psicológico. Un estudio comparativo encontró que, durante los confinamientos, las personas con diabetes tipo 2 sufrieron menor bienestar psicológico que quienes no tienen enfermedades crónicas, aunque mostraron mayor uso de estrategias de afrontamiento. Esa combinación de preocupación constante, miedo al contagio, interrupciones en sus rutinas de cuidado y aislamiento social reforzó emociones

negativas como ansiedad, estrés y, en algunos casos, vergüenza o culpa (Vásquez-Velásquez et al., 2022).

En la primera etapa se comunica un diagnóstico, esto representa un hito profundamente significativo en el transcurso de la enfermedad, ya que marca el comienzo del proceso de tratamiento, donde las diferentes áreas de la vida empiezan a sufrir grandes cambios y a adquirir nuevos significados. Generalmente, este punto viene precedido por una fase de exploración de la salud y por síntomas de la enfermedad que, durante algún tiempo, pudieron haber sido atribuidos a factores como estrés, alteraciones emocionales, problemas personales, o también a otras patologías, como los diagnósticos oncológicos. Es por esto que, el paciente suele llegar a este momento en un estado de agotamiento tanto físico como mental, lo que añade un nivel adicional de complejidad a su proceso de salud (Lukasiewicz et al., 2022).

En la diabetes tipo 1, muchas veces el diagnóstico llega por una emergencia médica seria. Esto provoca un impacto emocional fuerte, ya que la persona se enfrenta de inmediato a la gravedad de su estado, a la necesidad urgente de tratamiento y a una toma de conciencia repentina sobre la enfermedad. En cambio, la diabetes tipo 2 típicamente se detecta más lentamente, durante chequeos rutinarios o por síntomas menos dramáticos, lo que hace que algunos pacientes no perciban desde un inicio la gravedad del diagnóstico ni sientan la necesidad inmediata de cambios intensos, lo que puede afectar su autoconcepto, sintiéndose menos dispuestos, menos urgidos, menos con “ese yo enfermo” presente. (Timashkov et al., 2023).

Adicionalmente, en Perú, se ha investigado cómo el apoyo social y la espiritualidad sirven como factores moduladores del impacto psicológico. En un programa de manejo de diabetes liderado por enfermería, quienes tenían más años de participación mostraron mejores niveles de soporte social y prácticas espirituales, lo que se asocia con mejores percepciones de la enfermedad y mayor adherencia al autocuidado. Esto sugiere que esos elementos pueden funcionar como amortiguadores frente a los efectos negativos sobre el autoconcepto y autoimagen (Krederdt-Araujo et al., 2019).

Finalmente, otro estudio en Lima y Callao demostró que la depresión en pacientes diabéticos reduce la calidad de vida significativamente. Esta comorbilidad aumenta la carga emocional, hace que la persona se perciba menos capaz, menos en control de su vida y enfermedad, lo que puede llevar a un autoconcepto deteriorado si no se interviene psicológicamente (Accinelli et al., 2021).

3.9.2. *Complicaciones Crónicas Producidas por la Diabetes Mellitus Tipo 2*

3.9.2.1. Neuropatía. Es una complicación frecuente que produce dolor, pérdida de sensibilidad en miembros inferiores hasta alteraciones en el funcionamiento de órganos internos como el corazón y la vejiga, alteraciones del sueño y limitaciones en la movilidad. Un estudio encontró que quienes padecen neuropatía reportan peores niveles de ánimo, mayor prevalencia de ansiedad y depresión, y una calidad de vida reducida en dominios mentales y sociales. Es ocasionada por un daño en los nervios que puede desarrollarse en individuos con el diagnóstico de diabetes, ya que, a lo largo del tiempo, la presencia sostenida de altos niveles de glucosa y grasas en la sangre, como los triglicéridos, asociados con la diabetes, pueden provocar un deterioro progresivo en los nervios. Este trastorno abarca diversos tipos de lesiones nerviosas, cada una de las cuales genera síntomas específicos (Naranjo et al., 2020).

3.9.2.2. Enfermedad vascular periférica. Según el portal web MedlinePlus (2023) esta patología se origina cuando los vasos sanguíneos que se encuentran fuera del corazón presentan una disminución de su calibre como consecuencia de procesos arterioscleróticos. Esta alteración ocurre por la acumulación de depósitos lípidos en las paredes de las arterias, los cuales afectan a los vasos que irrigan las extremidades, tanto superiores como inferiores. La placa, compuesta por grasa y colesterol, se produce una reducción o incluso interrupción del flujo sanguíneo, siendo las piernas una de las zonas más comprometidas. En casos de obstrucción

severa, esto puede llevar a la muerte del tejido e incluso requerir la amputación de una extremidad, como el pie o la pierna.

3.9.2.3. Pie diabético. Constituye una complicación común asociada a la diabetes mellitus, que surge principalmente por el daño crónico a los nervios periféricos y a los vasos sanguíneos de las piernas. Esta afección se distingue por la formación de úlceras en los pies, las cuales pueden infectarse con facilidad y llevar, en casos graves, a amputaciones. Los principales factores que contribuyen al desarrollo del pie diabético incluyen la neuropatía periférica, que reduce la sensibilidad del paciente y dificulta la percepción de heridas o traumatismos leves; la enfermedad vascular periférica, que compromete el flujo sanguíneo y, por tanto, la capacidad de cicatrización; y la hiperglucemia sostenida, que deteriora la inmunidad local y los mecanismos de reparación tisular (Rossboth et al., 2020).

La combinación de estos elementos, sumada al uso de calzado inapropiado y a la presencia de deformidades en el pie, genera un entorno ideal para la aparición de lesiones crónicas y difíciles de tratar. Por ello, la prevención juega un papel fundamental e incluye la educación del paciente en el cuidado de los pies, la evaluación médica periódica para identificar riesgos y la intervención oportuna ante la mínima sospecha de lesión (Jaap et al., 2020).

3.9.2.4. Retinopatía. Representa uno de los factores más relevantes asociados a la disminución de la capacidad visual en adultos con diabetes. Se trata de una complicación microvascular que afecta a los vasos sanguíneos de la retina, ubicada en la zona posterior del globo ocular, cuya integridad se ve comprometida por la exposición prolongada a niveles elevados de glucosa. A medida que el daño avanza, pueden observarse microaneurismas, hemorragias, exudados y, en estadios más graves, proliferación de vasos anómalos que pueden provocar desprendimiento de retina y ceguera (Lin et al., 2021). El riesgo de desarrollar retinopatía diabética está directamente relacionado con la duración de la enfermedad, especialmente cuando

existe un control inadecuado de la glucosa, presencia de hipertensión arterial y los niveles elevados de lípidos en sangre. Además, se ha identificado que otras condiciones, como la nefropatía diabética, la obesidad y ciertos biomarcadores inflamatorios, también contribuyen a su aparición (Sun et al., 2021).

Capítulo IV

Metodología

4.1. Enunciado de las Hipótesis

4.1.1. *Hipótesis General*

Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Controlados que acuden al centro de salud la natividad- Tacna, 2024.

4.1.2. *Hipótesis Específicas*

Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto académico/profesional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

4.2. Operacionalización de Variables y Escalas de Medición

4.2.1. *Variable 1*

4.2.1.1. **Identificación.** Calidad de Vida

4.2.1.2. **Definición Operacional.** De acuerdo con el planteamiento de Olson y Barnes (como se citó en Grimaldo, 2011), la calidad de vida se entiende como un concepto de carácter multidimensional que articula elementos objetivos y subjetivos. Desde esta perspectiva, la dimensión subjetiva se centra en la valoración personal que realiza el individuo acerca del grado en que sus necesidades se ven cubiertas en distintos ámbitos de su experiencia cotidiana (hogar, familia, amigos, salud, religión, ocio, entre otros), así como en la percepción de las posibilidades que le ofrece su contexto para alcanzar dicho bienestar.

4.2.1.3. **Definición Operacional.** La calidad de vida hace referencia al grado de satisfacción que experimentan las personas respecto a distintos aspectos de su vida cotidiana, tales como las condiciones del hogar, el entorno vecinal, la convivencia familiar, la formación educativa, el acceso y uso de los medios de comunicación, las creencias religiosas y el estado de salud personal. Este constructo se evalúa a través de diversas dimensiones, entre las que se incluyen: hogar y bienestar económico (5 ítems), amigos, vecindario y comunidad (4 ítems), vida familiar y familia extensa (4 ítems), educación y actividades de ocio (3 ítems), medios de comunicación (4 ítems), religión (2 ítems) y salud (2 ítems). Pudiendo ser categorizada como: Mala calidad de vida, Tendencia a calidad de vida baja, Tendencia a calidad de vida buena y Calidad de vida óptima.

Tabla 1*Operacionalización de la Variable 1: Calidad de Vida*

Dimensiones e Indicadores	Categoría	Escala
Hogar y Bienestar Económico Condiciones de vivienda Satisfacción de necesidades básicas Capacidad de acceso a lujos Cantidad de dinero para gastar		
Amigos, vecindario y comunidad Amigos Facilidades para hacer compras Seguridad en la comunidad Facilidades para la recreación	Calidad de vida óptima 85 a más	
Familia y Familia extensa Familia Hermanos Relación con parientes	Tendencia a calidad de vida buena 54 - 85	Ordinal
Educación y Ocio Grado de instrucción Tiempo libre Organización de tiempo libre	Tendencia a calidad de vida baja 16 - 53	
Medios de comunicación Programas de televisión Calidad de cine Periódicos y revistas	Mala calidad de vida 0 - 15	
Religión Vida religiosa de tu familia Vida religiosa de tu comunidad		
Salud Salud Salud de familiares		

Nota. Esta tabla muestra las dimensiones, indicadores, categoría y escala de la variable 1 Calidad de Vida

4.2.2. Variable 2

4.2.2.1. **Identificación.** Autoconcepto

4.2.2.2. **Definición Teórica.** El autoconcepto surge a partir de un proceso de reflexión personal, mediante el cual la persona elabora una representación de sí misma en sus dimensiones física, social y espiritual. Comprende el conjunto de ideas, percepciones y emociones que una persona desarrolla en relación consigo misma, considerándose como un objeto de conocimiento y valoración (García & Musitu, 2014).

4.2.2.3. **Definición Operacional.** El autoconcepto es medido a través de la escala de AF-5 Autoconcepto, que evalúa cinco dimensiones interrelacionadas usando escala tipo Likert, planteada por García y Musitu (2001), adaptado por Guerrero y Mestanza (2016).

Tabla 2*Operacionalización de la Variable 2: Autoconcepto*

Dimensiones e Indicadores	Categoría	Escala
Autoconcepto social Felicidad para mantener o ampliar una red social	Alto De 81 a más puntos	Ordinal
Autoconcepto académico/profesional. Sentimiento de desempeño	Medio -Alto De 61 – 80 puntos.	
Autoconcepto emocional Estado emocional general	Medio De 41 – 60 puntos.	
Autoconcepto familiar Relaciones familiares, confianza y afecto de los padres	Medio – Bajo De 21 – 40 puntos.	
Autoconcepto físico Cuidado de la salud física	Bajo Hasta 20 puntos.	

Nota. Esta tabla muestra las dimensiones, indicadores, categoría y escala de la variable 2 Autoconcepto

4.3. Tipo y Diseño de la Investigación

4.3.1. Tipo de Investigación

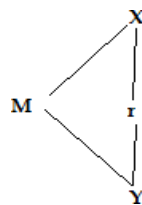
El estudio corresponde a una investigación básica, dado que busca recopilar información de la realidad con el propósito de ampliar y fortalecer el conocimiento científico. (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). Así mismo, este tipo de investigación rige para aquellos estudios que se asocian y relacionan conceptos y

variables y al mismo tiempo, este estudio permite realizar una predicción de la relación antes mencionada que a la vez es cuantificada.

4.3.2. *Diseño de Investigación*

Es de diseño no experimental, descriptivo correlacional y de carácter transversal, porque tiene como objetivo efectuar la observación de fenómenos de estudio tal y como se encuentran en su propio contexto (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023) y de carácter descriptivo correlacional, porque se examina los efectos de las variables, asumiendo que las variables independientes han ocurrido señalando efectos sobre la dependiente. Es decir, no se analizan nuevas situaciones, ya que se trata sobre el contenido y base existente del fenómeno, así mismo las variables de origen independientes existentes en investigaciones de este tipo, no se manipulan ni son manejables, solo se observa tal como se en cuenta la situación del momento dado.

A continuación, se muestra el esquema gráfico del diseño de estudio:



Dónde:

M = Representa la muestra (pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Controlados que acuden al centro de salud la natividad, Tacna)

X = Representa la variable, Calidad de vida.

Y = Representa la variable, Autoconcepto

r = Representa grado de relación o asociación entre las variables de estudio.

4.4. Ámbito de la Investigación

El Centro de Salud La Natividad, es un establecimiento de salud con categoría I-3, perteneciente a la Microred Metropolitano, fundado el 18 de noviembre de 1994, ubicado en Calle López Albuja 1859, a aproximadamente 1,5 kms. del Hospital Hipólito Unanue, el cual cuenta con los principales servicios de salud como (a) odontología, (b) tópico, (c) medicina, (d) atención integral del niño, (e) obstetricia, (f) gineco-obstetra, (g) pediatría, (h) servicio social y (i) psicología.; sin internamiento. En caso de recibir pacientes con mayores complicaciones, procede la derivación del mismo al Hospital Hipólito Unanue. Su horario de atención es de 7:30 a.m. a 7:30 p.m., y tiene una población asignada es de 7695 personas pertenecientes a la comunidad del Centro Poblado Menor La Natividad.

A lo largo de los años el Centro de Salud La Natividad ha ido ampliando sus servicios y el número de profesionales debido al incremento de la población del Centro Poblado Menor La Natividad, el cual, en sus recibió a muchos migrantes de otras ciudades del país, especialmente del norte.

Así mismo, el C.S. La Natividad ha realizado grandes esfuerzos a trabajar con poblaciones vulnerables, como adolescentes embarazadas, madres solteras, adolescentes, entre otros, ya que dicho Centro Poblado cuenta con altos índices de delincuencia, consumo y venta de drogas, violencia familiar entre otros.

Por otro lado, el C.S. La Natividad está a la espera de una ampliación. El proyecto contempla la construcción de una nueva edificación de cuatro pisos e implementación de equipos médicos nuevos para todos los servicios de salud. Esto debido al incremento poblacional de Natividad y el aumento demanda de atenciones médicas y demás servicios de salud. A pesar del compromiso por parte de las autoridades para darle prioridad a la rápida ejecución del proyecto aún no se ha iniciado con la construcción debido a temas presupuestales.

4.5. Unidad de Estudio, Población y Muestra

4.5.1. *Unidad de Estudio.*

Pacientes con diabetes mellitus tipos 2 atendidos en el Centro de Salud La Natividad en 2024.

4.5.2. *Población*

La población de estudio estará conformada por 140 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Controlados en el centro de salud La Natividad Tacna.

Criterios de Inclusión

- Usuario con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que reciben atención en el Centro de Salud La Natividad de Tacna
- Usuario de sexo masculino y femenino
- Usuario con un tiempo de tratamiento superior a seis meses
- Usuario que otorguen su consentimiento para formar parte del estudio
- Usuarios con distintos niveles educativos
- Usuario que cuenten o no con algún tipo de seguro de salud
- Usuarios mayores de 18 años

Criterios de Exclusión

- Usuarios con diagnóstico de diabetes gestacional
- Usuarios con diabetes mellitus tipo 1
- Usuarios que no otorguen su consentimiento para participar en el estudio

- Usuarios que presenten alteraciones cognitivas que dificulten su participación
- Usuarios que no registren atención en los últimos seis meses

4.5.3. *Muestra*

Para la siguiente investigación se decidió trabajar con el total de la población, muestreo no probabilístico por conveniencia: Muestra censal. Es decir, la muestra del sujeto de estudio se efectuará con la totalidad de la población. Según Hernández et al., (2014) en este tipo de estudios la elección no depende de la probabilidad, sino en factores vinculados a los objetivos del investigador. Por tanto, no se trata de un procedimiento automatizado ni sustentado en cálculos estadísticos, sino que responde al juicio y las decisiones del investigador.

4.6. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.6.1. *Procedimientos*

Se empezó solicitando permiso respecto a la institución, mediante la gerencia del Centro de Salud La Natividad, posteriormente se procedió a aplicar los instrumentos de medición – cuestionarios.

Una vez recolectados los datos mediante los instrumentos aplicados, estos fueron registrados en una hoja de cálculo de Excel, donde se realizó la codificación y organización de las encuestas. Posteriormente, la información fue procesada utilizando el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Luego, se presentó los resultados a través de las tablas y figuras haciendo uso del formato Word 2013.

4.6.2. Técnicas

La información fue recopilada mediante la técnica de encuesta. Luego se procedió a aplicar los cuestionarios a pacientes diabéticos tipo 2, según la cantidad de la muestra de estudio. La escala de medición utilizada será Tipo Likert.

4.6.3. Instrumentos

Para la recopilación de datos se aplicó como instrumentos, el cuestionario. El cual será utilizado para evaluar la variable calidad de vida y autoconcepto.

4.6.3.1. Cuestionario de Calidad de Vida de Olson y Barnes.

Elaborado en 1982 por David Olson y Howard Barnes, es un instrumento diseñado para medir el nivel de calidad de vida en individuos. Este constructo se concibe como la apreciación individual acerca de las oportunidades que brinda el entorno para satisfacer necesidades personales y alcanzar metas u objetivos vitales. La evaluación considera siete factores: bienestar económico (factor 1), amigos, vecindario y comunidad (factor 2), vida familiar y familia extensa (factor 3), educación y ocio (factor 4), medios de comunicación (factor 5), religión (factor 6) y salud (factor 7). Los ítems se presentan mediante una escala tipo Likert compuesta por cinco opciones de respuesta, que oscilan desde niveles de insatisfacción hasta grados de satisfacción plena.

La versión original del cuestionario fue validada a través de la validez de constructo, utilizando el análisis factorial como procedimiento principal. Posteriormente, la adaptación peruana fue realizada por Grimaldo (2011), quien evaluó la validez de constructo mediante la correlación ítem-test, obteniendo coeficientes que oscilaron entre .28 y .58. Asimismo, se examinó la validez de la estructura interna a través de un análisis factorial exploratorio, empleando el método de extracción de ejes principales. En relación con la varianza explicada, el instrumento alcanzó un porcentaje total del 56%, distribuido en siete factores que lograron explicar de manera conceptual

las correlaciones entre los ítems, confirmando la estructura teórica del cuestionario. Específicamente, el primer factor explicó el 24% de la varianza, el segundo y tercer factor el 6% cada uno, el cuarto y quinto factor el 5% respectivamente, y el sexto y séptimo factor el 4% cada uno.

Olson y Barnes (1982, como se citó en Grimaldo et al., 2020) evaluaron la confiabilidad del instrumento mediante el método test–retest, aplicado a una muestra de 124 participantes conformada por estudiantes de nivel secundario y universitario. Para este análisis se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, obteniéndose resultados que evidencian niveles aceptables tanto en los distintos factores como en la escala global ($r = .6476$). Asimismo, se analizó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, calculado por mitades de la muestra, alcanzando valores de .87 y .85, respectivamente, y un coeficiente de .86 para la muestra total combinada. En cuanto a la adaptación peruana, Grimaldo (2011) determinó la confiabilidad empleando el alfa de Cronbach, logrando un valor global de 0.86, lo que evidencia un nivel adecuado de confiabilidad y consistencia interna del instrumento. Por otro lado, la autora Otoyá (2022), realizó la validación del instrumento en estudiantes universitarios que se encuentran realizando su internado de enfermería en la ciudad de Lima, obteniendo un 0.92 mediante Alfa de Cronbach.

4.6.3.2. Autoconcepto Forma 5. El Cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) constituye una versión revisada y ampliada del instrumento Autoconcepto Forma A (AFA). Está conformado por 30 ítems orientados a medir el autoconcepto a través de cinco dimensiones fundamentales: autoconcepto social, académico/laboral, emocional, familiar y físico. En las muestras originales, el instrumento evidenció un adecuado nivel de consistencia interna, alcanzando un coeficiente alfa de Cronbach global de 0,815. En cuanto a las dimensiones específicas, los índices de fiabilidad obtenidos fueron los siguientes: 0,8808 para el autoconcepto académico-laboral, 0,6980 para el autoconcepto social, 0,7316 para el autoconcepto emocional, 0,7694 para el autoconcepto familiar y 0,7448 para el autoconcepto físico. Con el propósito de

comprobar empíricamente la validez de la estructura teórica propuesta, los autores realizaron un análisis factorial que permitió sustentar la organización del instrumento en sus cinco componentes. Los resultados mostraron que todos los ítems presentaban saturaciones superiores a 0,5 en su respectiva dimensión, con excepción del ítem 22 (0,420) y el ítem 15 (0,492). Estos valores sugieren una alta replicabilidad de la estructura factorial en diferentes muestras. (García & Musitu, 2001).

Portilla (2011) llevó a cabo un estudio psicométrico con el objetivo de determinar la validez y confiabilidad del Cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) en una muestra de Lima. La validez de contenido fue evaluada mediante el juicio de expertos, empleando el coeficiente V de Aiken, con la participación de ocho psicólogos especializados en el área de la psicología de la salud. Los resultados evidenciaron que todos de los ítems alcanzaron puntajes mayores a 0.80, lo que respalda una adecuada validez de contenido conforme al criterio de jueces. Respecto a la confiabilidad del instrumento, se examinó la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando un valor de 0.872, indicando un nivel elevado de fiabilidad de las puntuaciones obtenidas. Asimismo, las correlaciones ítem-test presentaron valores comprendidos entre 0.204 y 0.634, superando el valor mínimo aceptable de 0.20, lo que confirma la adecuada coherencia interna de los ítems que conforman el cuestionario.

Según Bustos et al. (2015), realizó un estudio con una muestra conformada por 527 alumnos universitarios, a quienes se les administró el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5), junto con instrumentos orientados a evaluar la esperanza disposicional y la satisfacción con la vida. Con el propósito de analizar la validez criterial del AF5, se realizó un análisis factorial confirmatorio, cuyos indicadores mostraron un adecuado ajuste del modelo a los datos ($\chi^2 (395) = 1484.46$, $p < .01$; CFI = .93; RMSEA = .07). Asimismo, se estimaron los coeficientes de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, obteniéndose valores comprendidos entre .73 y .82, además de adecuados índices de fiabilidad a nivel de ítems. Adicionalmente, se analizaron las correlaciones entre las dimensiones del autoconcepto, la esperanza y la satisfacción con la vida,

encontrándose asociaciones positivas y estadísticamente significativas en todos los casos. Estos hallazgos respaldan las adecuadas propiedades psicométricas del AF5 en población universitaria peruana y evidencian su utilidad para futuras investigaciones, especialmente aquellas enmarcadas en el enfoque de la psicología positiva dentro del ámbito de la psicología tradicional.

Capítulo V

Los Resultados

5.1. El Trabajo de Campo

Para la recolección de la información se gestionó una solicitud de autorización a la Red de Salud de Tacna, una vez emitida la respuesta, se sostuvo una coordinación con la gerenta del Centro de Salud La Natividad, Mgrt. Geovanna Zegarra Ponce, quien otorgó los permisos para la aplicación de los instrumentos, acceso a información del programa de pacientes no transmisibles y a las historias clínicas de los mismos.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo entre los meses de agosto, setiembre y octubre del año 2024 durante los turnos de atención del Centro de Salud La Natividad, sin embargo, también se contactó telefónicamente con aquellos pacientes que no acudían a sus controles médicos para recoger medicamentos, a los cuales se les visitó en su domicilio. El tiempo de duración de cada aplicación de instrumentos duraba aproximadamente 30 minutos.

Finalmente, cuando se concluyó con la aplicación a los pacientes diabéticos tipo 2 se procesó la información estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS 26, realizando la comprobación de hipótesis a través de tablas, gráficos y de la prueba Chi cuadrado.

5.2. Diseño de Presentación de Resultados

5.2.1. Datos Sociodemográficos

Tabla 3

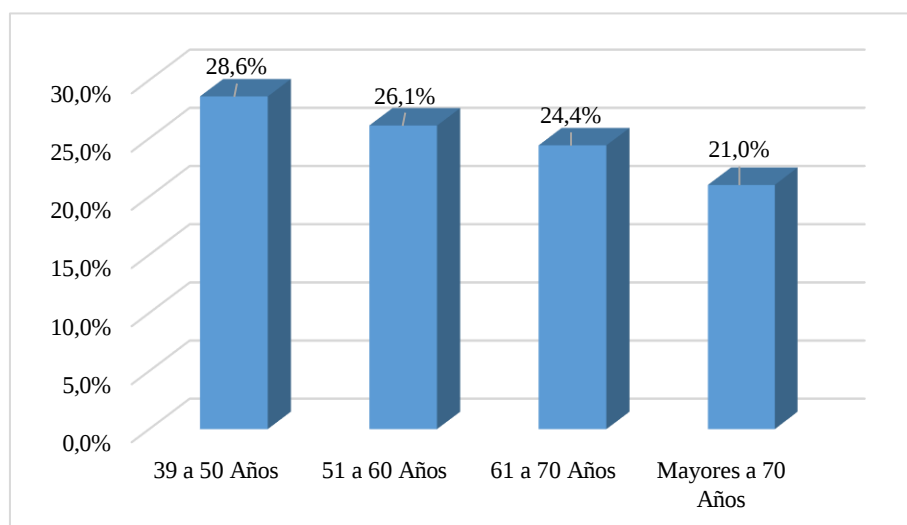
Edad de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
39 a 50 Años	34	28,6%
51 a 60 Años	31	26,1%
61 a 70 Años	29	24,4%
Mayores a 70 Años	25	21,0%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 5

Edad de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa la edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La Tabla 3 y la Figura 5, reúnen los indicadores, según edad en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 28,6% entre las edades de 39 a 50 años, seguido de un 26,1% están entre las edades de 51 a 60 años, el 24,4% tienen edades de 61 a 70 años y el 21,0% tienen edades mayores a 70 años.

Tabla 4

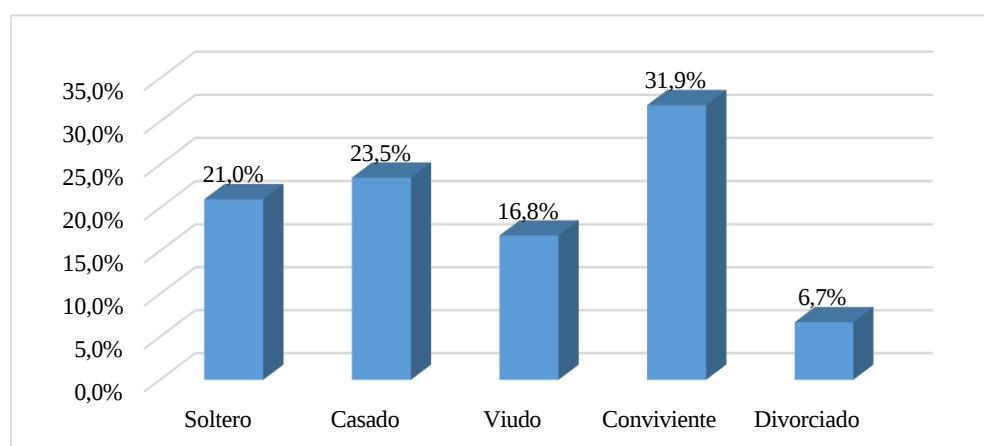
Estado Civil de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	25	21,0%
Casado	28	23,5%
Viudo	20	16,8%
Conviviente	38	31,9%
Divorciado	8	6,7%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados del estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 6

Estado Civil de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa el estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la tabla 4 y figura 6, reúnen los indicadores, según estado civil en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 31,9% de los encuestados son convivientes, seguido de un 23,5% son casados, el 21,0% de los encuestados son solteros, el 16,8% son viudos y el 6,7% son divorciados.

Tabla 5

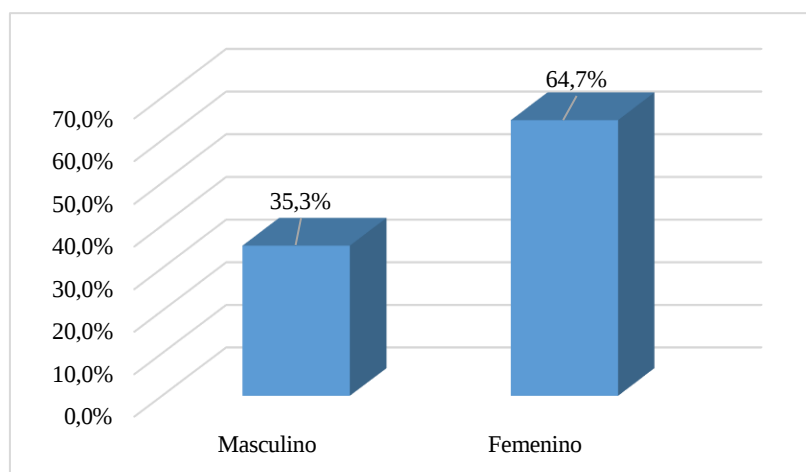
Sexo de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	42	35,3%
Femenino	77	64,7%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados del sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 7

Sexo de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa el sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la tabla 5 y figura 7, según sexo en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 64,7% de los encuestados son de sexo femenino y el 35,3% de los encuestados son del sexo masculino.

Tabla 6

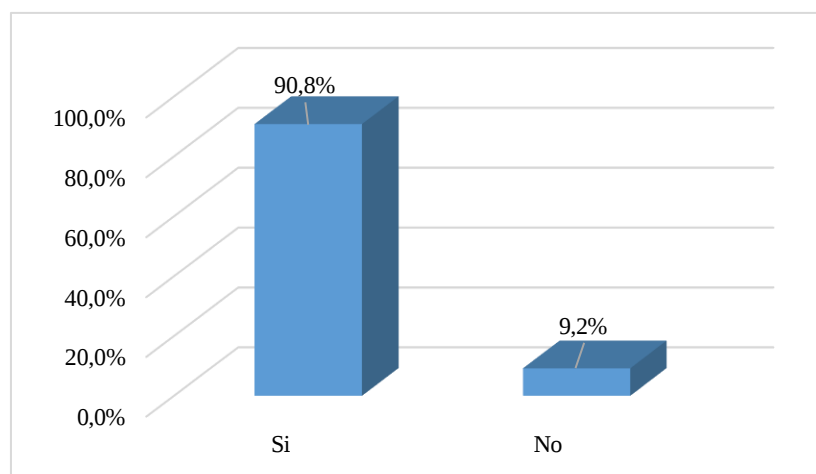
Presencia de Hijos de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Tiene Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	108	90,8%
No	11	9,2%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la presencia de hijos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 8

Presencia de Hijos de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa la presencia de hijos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la tabla 6 y figura 8, según tiene hijos en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 90,8% de los encuestados mencionan que si tiene hijos y el 9,2% de los encuestados mencionan que no tiene hijos.

Tabla 7

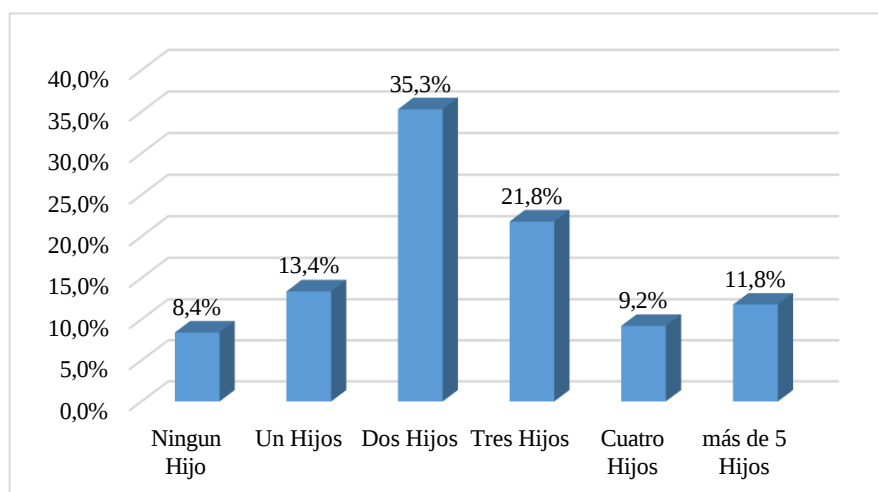
Número de Hijos de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Número de Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ningún Hijo	10	8,4%
Un Hijos	16	13,4%
Dos Hijos	42	35,3%
Tres Hijos	26	21,8%
Cuatro Hijos	11	9,2%
Mayores a 5 Hijos	14	11,8%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados del número de hijos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 9

Número de Hijos de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa el número de hijos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la tabla 7 y figura 9, según número de hijos en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 35,3% de los encuestados son tiene dos hijos, seguido de un 21,8% tiene 3 hijos, el 13,4% tienen un hijo, el 11,8% de los encuestados tiene más de 5 hijos y finalmente un bajo porcentaje de 9,2% a 8,4% de los encuestados tiene 4 a ningún hijo.

Tabla 8

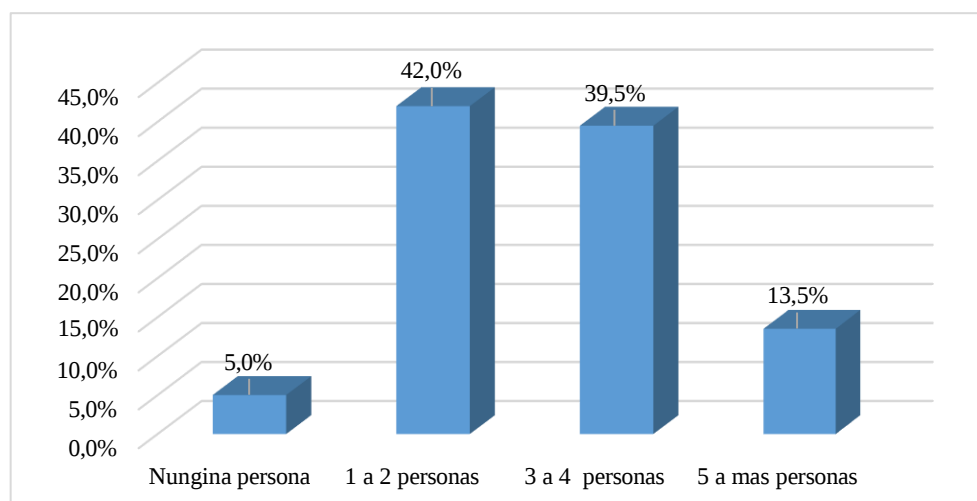
Número de Personas que Viven con Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Número de personas que viven en el hogar	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna persona	6	5,0%
1 a 2 personas	50	42,0%
3 a 4 personas	47	39,5%
5 a más personas	16	13,5%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados del número de personas que viven con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 10

Número de Personas que Viven con Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa el número de personas que viven con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la tabla 8 y figura 10, según número de personas que viven en el hogar en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 42,0% de los encuestados viven en el hogar con 1 a dos personas, seguido de un 39,5% viven en el hogar de 3 a 4 personas, el 13,5% viven en el hogar 5 a más personas y el 5,0% viven en el hogar con ninguna persona.

Tabla 9

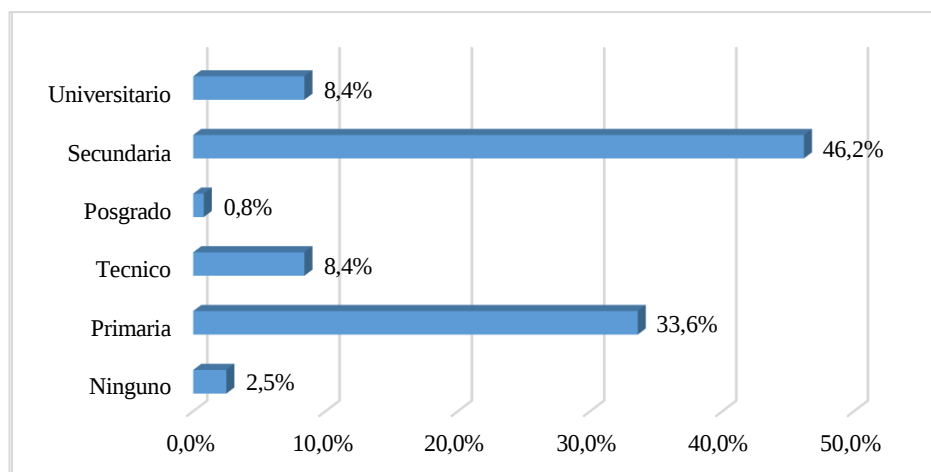
Grado de Instrucción de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	2,5%
Primaria	40	33,6%
Técnico	10	8,4%
Posgrado	1	0,8%
Secundaria	55	46,2%
Universitario	10	8,4%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados del grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Figura 11

Grado de Instrucción de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa el grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la tabla 9 y figura 11, según grado de instrucción en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 46,2% de los encuestados tienen secundaria, seguido de un 33,6% tienen primaria, el 8,4% tiene grado de instrucción técnico y superior universitario, el 2,5% no tiene instrucción y el 0,8% tiene estudios de posgrado.

Tabla 10

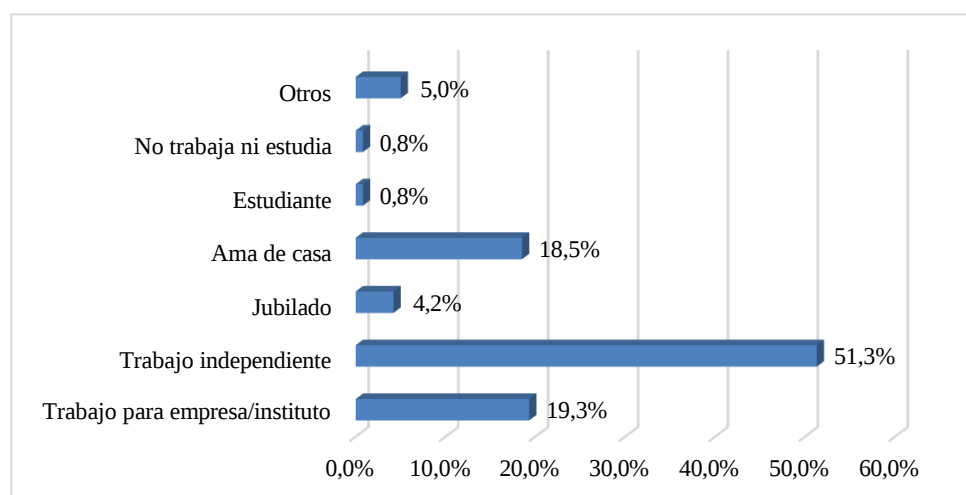
Labor que Desempeñan los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Trabajo actualmente	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo para empresa/institución	23	19,3%
Trabajo independiente	61	51,3%
Jubilado	5	4,2%
Ama de casa	22	18,5%
Estudiante	1	0,8%
No trabaja ni estudia	1	0,8%
Otros	6	5,0%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la labor que desempeñan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Figura 12

Labor que Desempeñan los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa la labor que desempeñan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la tabla 10 y figura 12, según trabajo actual en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 51,3% de los encuestados mencionan que tiene trabajo independiente, seguido de un 19,3% mencionan que trabajan para una empresa/instituto, el 18,5% son ama de casa, el 5,0% mencionan que tienes otras actividades, el 4,2% mencionan que son jubilados y el 0,8% son estudiantes y no trabajan.

Tabla 11

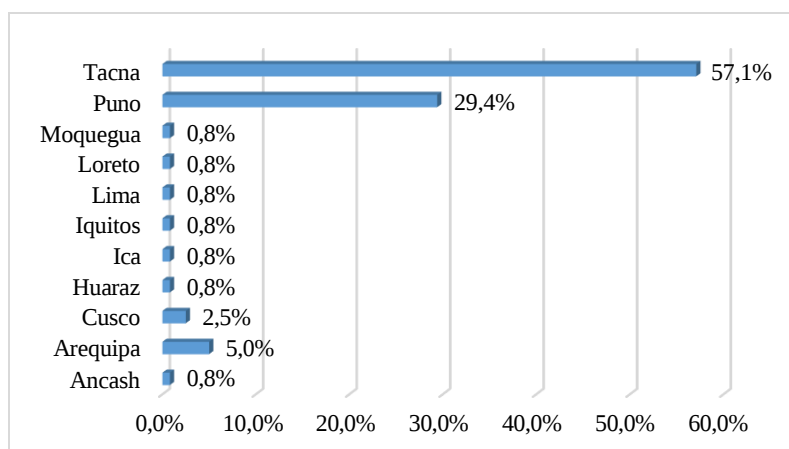
Procedencia de los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Ancash	1	0,8%
Arequipa	6	5,0%
Cusco	3	2,5%
Huaraz	1	0,8%
Ica	1	0,8%
Iquitos	1	0,8%
Lima	1	0,8%
Loreto	1	0,8%
Moquegua	1	0,8%
Puno	35	29,4%
Tacna	68	57,1%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la procedencia de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 13

Procedencia de los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa la procedencia de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En la tabla 11 y figura 13, según trabajo actual en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 57,1% de los encuestados son de Tacna, seguido de 29,4% son de Puno, el 5,0% de los encuestados son de Arequipa, el 2,5% son de cusco y el 0,8% son de Huaraz, Ica, Iquitos, Lima, loreto, Moquegua y Ancash.

5.2.2. Calidad de Vida y Autoconcepto

Tabla 12

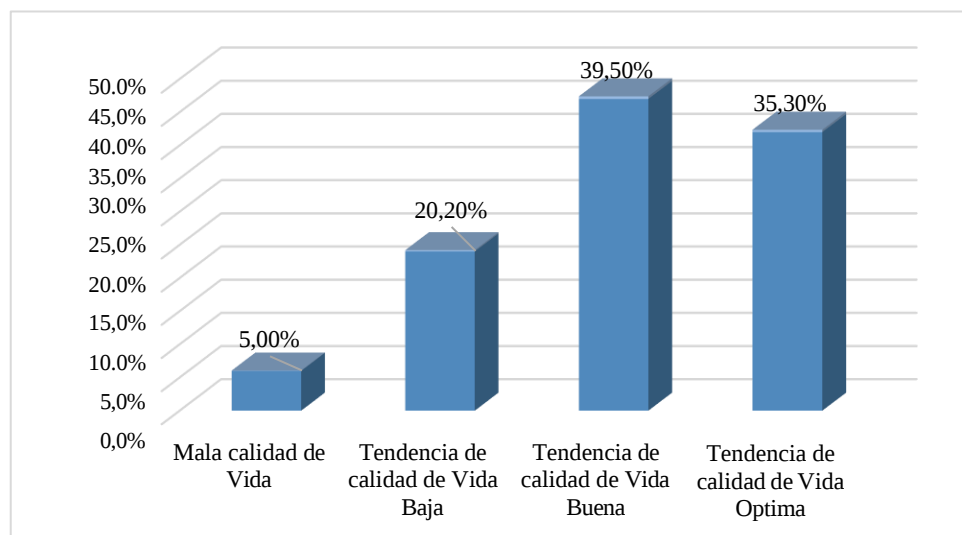
Calidad de Vida de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de Vida	6	5,0%
Tendencia de calidad de Vida Baja	24	20,2%
Tendencia de calidad de Vida Buena	47	39,5%
Tendencia de calidad de Vida Optima	42	35,3%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la variable Calidad de Vida.

Figura 14

Calidad de Vida de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la variable Calidad de Vida.

En la tabla 12 y figura 14, según calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 39,5% en la tendencia de calidad de vida buena, seguido de un 35,3% se observa una tendencia de la calidad de vida optima, el 20,2% de los encuestados responden una tendencia de calidad de vida baja y finalmente el 5,0% se observa una mala calidad de vida.

Tabla 13

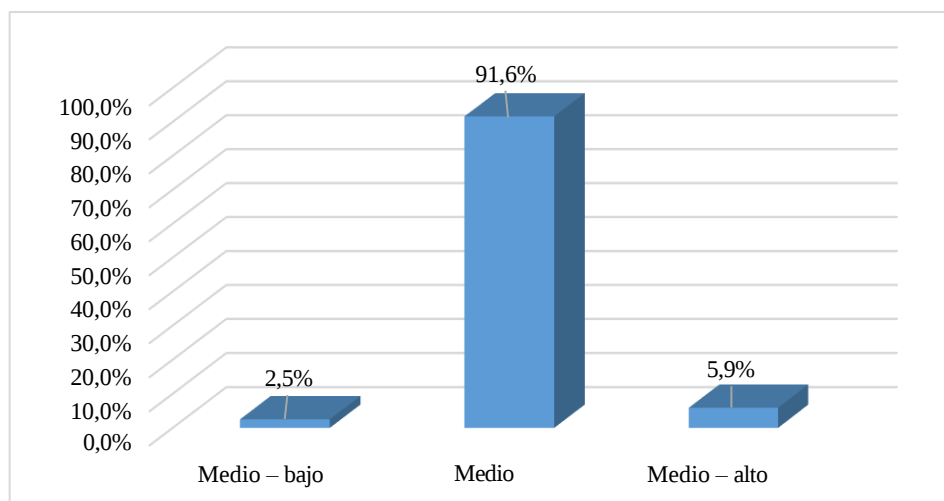
Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Autoconcepto	Frecuencia	Porcentaje
Medio – bajo	3	2,5%
Medio	109	91,6%
Medio – alto	7	5,9%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la variable Autoconcepto.

Figura 15

Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la variable Autoconcepto.

En la tabla 13 y figura 15, según autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 91,6% de los encuestados se observa un nivel medio, seguido de un 5,9% se observa un nivel medio - alto y finalmente el 2,5% se observa un nivel medio - bajo.

Tabla 14

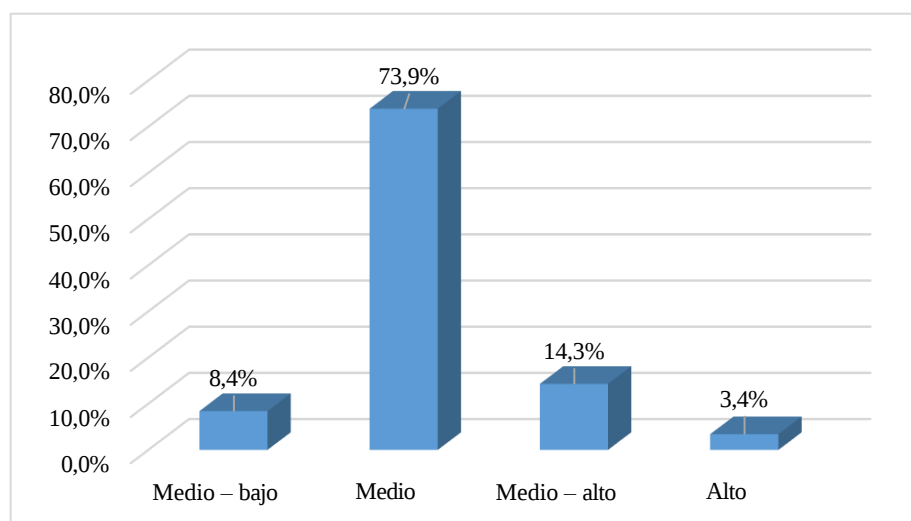
Dimensión Social de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Autoconcepto Social	Frecuencia	Porcentaje
Medio – bajo	10	8,4%
Medio	88	73,9%
Medio – alto	17	14,3%
Alto	4	3,4%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la de la dimensión Autoconcepto Social.

Figura 16

Dimensión Social de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Autoconcepto Social.

En la tabla 14 y figura 16, según autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 73,9% de los encuestados se observa un nivel en medio, seguido de un 14,3% se observa un nivel medio - alto, el 8,4% se observa el nivel medio – bajo y finalmente el 3,4% se observa un nivel alto.

Tabla 15

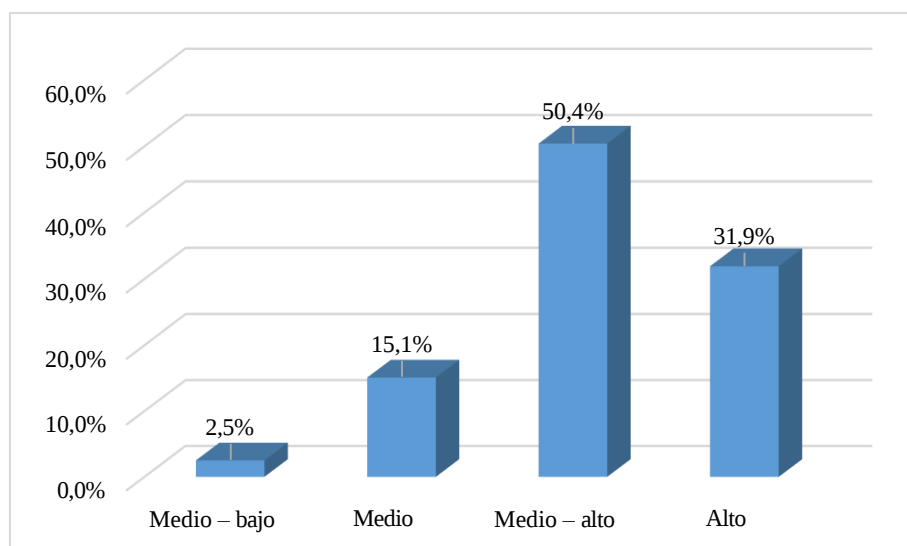
Dimensión Académico/laboral de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Autoconcepto Académico/laboral	Frecuencia	Porcentaje
Medio – bajo	3	2,5%
Medio	18	15,1%
Medio – alto	60	50,4%
Alto	38	31,9%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la de la dimensión Autoconcepto Académico/laboral.

Figura 17

Dimensión Académico/laboral de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Autoconcepto Académico/laboral.

En la tabla 15 y figura 17, según autoconcepto académico/laboral en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 50,4% de los encuestados se observa un nivel en medio - alto, seguido de un 31,9% se observa un nivel alto, el 15,1% se observa el nivel medio y finalmente el 2,5% se observa un nivel medio - bajo.

Tabla 16

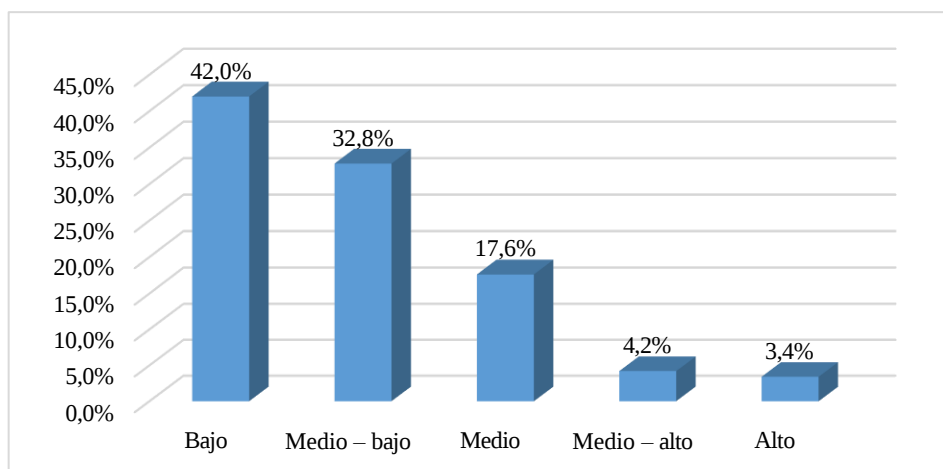
Dimensión Emocional de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Autoconcepto Emocional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	50	42,0%
Medio – bajo	39	32,8%
Medio	21	17,6%
Medio – alto	5	4,2%
Alto	4	3,4%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la de la dimensión Autoconcepto Emocional.

Figura 18

Dimensión Emocional de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Autoconcepto Emocional.

En la tabla 16 y figura 18 según autoconcepto emocional en en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 42,0% de los encuestados se observa un nivel bajo, seguido de un 32,8% se observa un nivel medio - bajo, el 17,6% se observa un nivel medio, el 4,2% de observa un nivel medio - alto y finalmente el 3,4% se observa un nivel alto.

Tabla 17

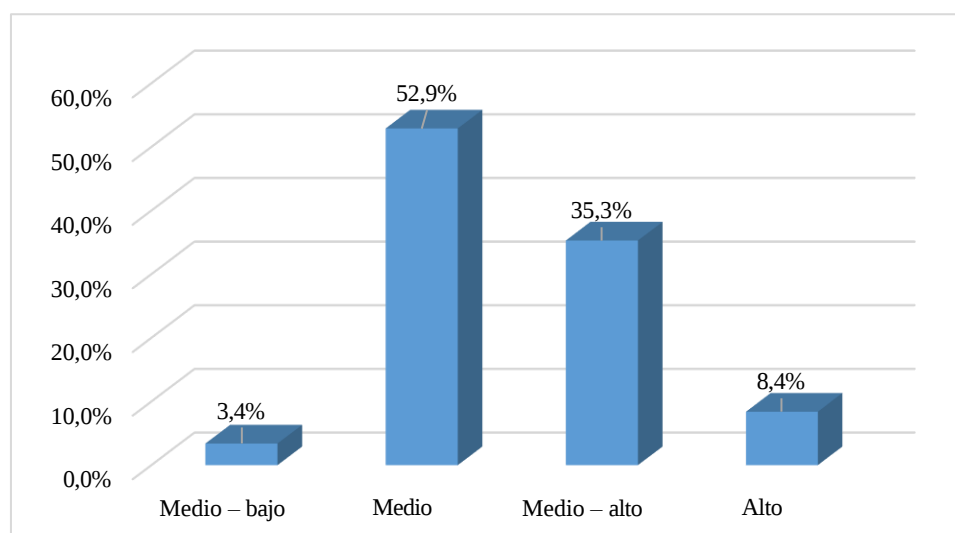
Dimensión Familiar de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Autoconcepto Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Medio – bajo	4	3,4%
Medio	63	52,9%
Medio – alto	42	35,3%
Alto	10	8,4%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la de la dimensión Autoconcepto Familiar.

Figura 19

Dimensión Familiar de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Autoconcepto Familiar.

En la tabla 17 y figura 19, según autoconcepto familiar en calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 52,9% de los encuestados se observa un nivel medio, seguido de un 35,3% se observa un nivel medio- alto, el 8,4% se observa un nivel alto y finalmente el 3,4% se observa un nivel medio-bajo.

Tabla 18

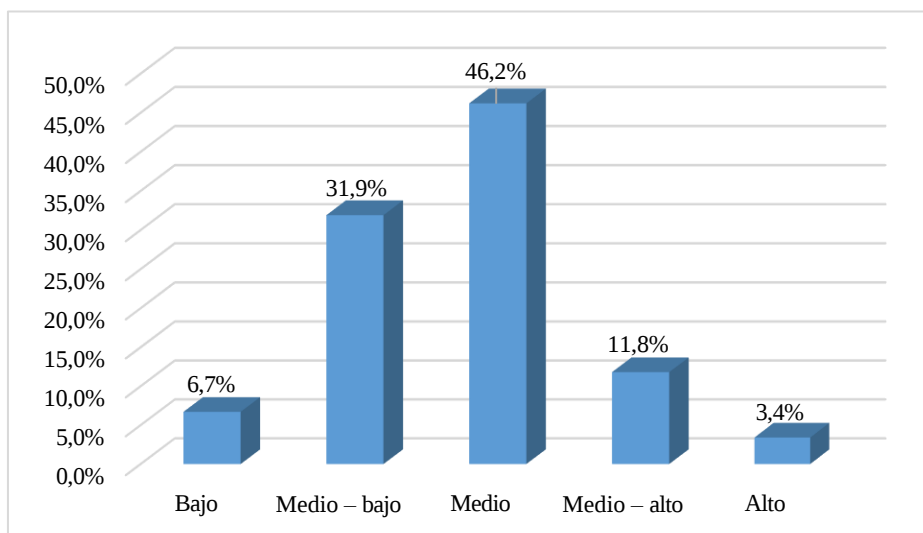
Dimensión Físico de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Autoconcepto Físico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	8	6,7%
Medio – bajo	38	31,9%
Medio	55	46,2%
Medio – alto	14	11,8%
Alto	4	3,4%
Total	119	100,0%

Nota. Resultados de la de la dimensión Autoconcepto Físico.

Figura 20

Dimensión Físico de Autoconcepto en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Autoconcepto Físico.

En la tabla 18 y figura 20, según autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa con mayor frecuencia de 46,2% de los encuestados se observa un nivel medio, seguido de un 31,9% se observa un nivel medio - bajo, el 11,8% se observa un nivel medio – alto, el 6,7% se observa el nivel bajo y finalmente el 3,4% se observa un nivel alto.

5.3 Contrastación de Hipótesis

5.3.1. *Prueba de Normalidad*

En este estudio se utiliza la Prueba de Kolmogórov-Smirnov, dado que la muestra consta de 119 encuestados, superando los 50 participantes. Se establecen dos hipótesis, la nula y la alterna, con el propósito de evaluar si la distribución de los datos sigue un patrón normal o no.

H₀: Los datos tiene una distribución normal

H₁: Los datos no tiene una distribución normal

Nivel de significancia: $\alpha = 5\%$ ó $\alpha = 0,05$

Es importante mencionar que el valor de significancia es un elemento clave para determinar cuál de las hipótesis es válida en la investigación, siguiendo los siguientes criterios:

Regla de decisión

1. Si P-valor es **menor o igual** que el alfa (α), se rechaza la H₀ y se acepta la H₁ (los datos no tienen una distribución normal, entonces empleamos pruebas no paramétricas).
2. Si P-valor es **mayor** que el alfa (α), se acepta H₀ y se rechaza la H₁ (los datos tienen una distribución normal, entonces empleamos pruebas paramétricas)

Tabla 19*Prueba de normalidad*

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autoconcepto	0,487	119	0,000	0,376	119	0,000
Calidad de Vida	0,225	119	0,000	0,838	119	0,000

Nota. Resultados de la prueba de normalidad.

Se aplicó la prueba de normalidad para determinar si existe o no la distribución normal. Mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov se ha encontrado que no existe una distribución normal porque el P-valor $< \alpha = 0.05$, para ello se determinó la prueba no paramétrica por lo tanto utilizamos estadística de chi-cuadrado.

5.3.2. *Contrastación de la Hipótesis General*

H0: No existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la natividad- Tacna, 2024.

H1: Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la natividad- Tacna, 2024.

Nivel de significancia

En relación al nivel de significancia o criterio que será considerado para efectuar la toma de decisiones:

$$\alpha = 0.05 \text{ o } 5\%$$

Elección de la prueba de Estadística

Prueba Estadística chi-cuadrado de Pearson

Regla de decisión

- Si P-valor > 0.05 Se acepta H_0
- Si P-Valor < 0.05 Se rechaza H_0 y se acepta H_1

Tabla 20

Relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Autoconcepto	Calidad de Vida									Total	P	Chi
	Mala calidad de vida		Tendencia a calidad de vida baja		Tendencia a calidad de vida buena		Calidad de vida óptima					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Medio – bajo	1	0,8%	2	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	2,5%	0,074	11,486
Medio	5	4,2%	21	17,6%	43	36,1%	40	33,6%	109	91,6%		
Medio – alto	0	0,0%	1	0,8%	4	3,4%	2	1,7%	7	5,9%		
Total	6	5,0%	24	20,2%	47	39,5%	42	35,3%	119	100,0%		

Nota. Resultados de relación entre calidad de vida y autoconcepto.

Conclusión estadística

Los resultados, muestran que el valor – p (0.074) es mayor que el nivel de significancia (0.05), por lo que se acepta la hipótesis nula H_0 y se rechaza la hipótesis

alternativa H1 y se concluye no existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la natividad- Tacna, 2024.

Tabla 21

Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,486 ^a	6	0,074
Razón de verosimilitud	10,131	6	0,119
Asociación lineal por lineal	3,070	1	0,080
N de casos válidos	119		

Nota. Resultados prueba de chi-cuadrado entre calidad de vida y autoconcepto.

5.3.3. Contrastación de la Hipótesis Específica 1

H0: No existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

H1: Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Nivel de significancia

En relación al nivel de significancia o criterio que será considerado para efectuar la toma de decisiones:

$$\alpha = 0.05 \text{ o } 5\%$$

Elección de la prueba de Estadística

Prueba Estadística chi-cuadrado de Pearson

Regla de decisión

- Si P-valor > 0.05 Se acepta H_0
- Si P-Valor < 0.05 Se rechaza H_0 y se acepta H_1

Tabla 22

Relación entre la calidad de vida y el autoconcepto social

Autoconcepto Social	Calidad de Vida										P	Chi
	Mala calidad de vida		Tendencia a calidad de vida baja		Tendencia a calidad de vida buena		Calidad de vida óptima		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Medio – bajo	1	0,8%	1	0,8%	4	3,4%	4	3,4%	10	8,4%		
Medio	4	3,4%	18	15,1%	32	26,9%	34	28,6%	88	73,9%		
Medio – alto	0	0,0%	4	3,4%	10	8,4%	3	2,5%	17	14,3%	0,418	9,207
Alto	1	0,8%	1	0,8%	1	0,8%	1	0,8%	4	3,4%		
Total	6	5,0%	24	20,2%	47	39,5%	42	35,3%	119	100,0%		

Nota. Resultados de relación entre calidad de vida y autoconcepto social.

Conclusión estadística

Los resultados, muestran que el valor – p (0.418) es mayor que el nivel de significancia (0.05), por lo que se acepta la hipótesis nula H_0 , se rechaza la hipótesis alternativa H_1 y se concluye que no existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Tabla 23

Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto social

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,207 ^a	9	0,418
Razón de verosimilitud	8,681	9	0,467
Asociación lineal por lineal	1,461	1	0,227
N de casos válidos	119		

Nota. Resultados prueba de chi-cuadrado entre calidad de vida y autoconcepto social.

5.3.4. Contrastación de la Hipótesis Específica 2

H0: No existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto académico/profesional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

H1: Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto académico/profesional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Nivel de significancia

En relación al nivel de significancia o criterio que será considerado para efectuar la toma de decisiones:

$$\alpha = 0.05 \text{ o } 5\%$$

Elección de la prueba de Estadística

Prueba Estadística chi-cuadrado de Pearson

Regla de decisión

- Si P-valor > 0.05 Se acepta H_0
- Si P-Valor < 0.05 Se rechaza H_0 y se acepta H_1

Tabla 24

Relación entre la calidad de vida y el autoconcepto académico/laboral

Autoconcepto Académico/ laboral	Calidad de Vida										P	Chi
	Mala calidad de vida		Tendencia a calidad de vida baja		Tendencia a calidad de vida buena		Calidad de vida óptima		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Medio – bajo	1	0,8%	1	0,8%	1	0,8%	0	0,0%	3	2,5%	0,07 2	15,7 53
Medio	2	1,7%	7	5,9%	5	4,2%	4	3,4%	18	15,1%		
Medio – alto	1	0,8%	11	9,2%	23	19,3%	25	21,0%	60	50,4%		
Alto	2	1,7%	5	4,2%	18	15,1%	13	10,9%	38	31,9%		
Total	6	5,0%	24	20,2%	47	39,5%	42	35,3%	119	100,0%		

Nota. Resultados de relación entre calidad de vida y autoconcepto académico/laboral.

Conclusión estadística

Los resultados, indican que el valor – p (0.072) es mayor que el nivel de significancia (0.05), por lo que se acepta la hipótesis nula H_0 y se rechaza la hipótesis alternativa H_1 y se concluye que no existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto académico/profesional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Tabla 25

Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto académico/laboral

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,753 ^a	9	0,072
Razón de verosimilitud	13,822	9	0,129
Asociación lineal por lineal	5,264	1	0,022
N de casos válidos	119		

Nota. Resultados prueba de chi-cuadrado entre calidad de vida y autoconcepto académico/laboral.

5.3.5. Contrastación de la Hipótesis Específica 3

H0: No existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

H1: Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Nivel de significancia

En relación al nivel de significancia o criterio que será considerado para efectuar la toma de decisiones:

$$\alpha = 0.05 \text{ o } 5\%$$

Elección de la prueba de Estadística

Prueba Estadística chi-cuadrado de Pearson

Regla de decisión.

- Si P-valor > 0.05 Se acepta H_0
- Si P-Valor < 0.05 Se rechaza H_0 y se acepta H_1

Tabla 26*Relación entre la calidad de vida y el autoconcepto emocional*

Autoconcepto Emocional	Calidad de Vida										P	Chi
	Mala calidad de vida		Tendencia a calidad de vida baja		Tendencia a calidad de vida buena		Calidad de vida óptima		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	2	1,7%	6	5,0%	22	18,5%	20	16,8%	50	42,0%	0,069	19,8
Medio – bajo	0	0,0%	8	6,7%	13	10,9%	18	15,1%	39	32,8%		
Medio	2	1,7%	7	5,9%	8	6,7%	4	3,4%	21	17,6%		
Medio – alto	1	0,8%	2	1,7%	2	1,7%	0	0,0%	5	4,2%		
Alto	1	0,8%	1	0,8%	2	1,7%	0	0,0%	4	3,4%		
Total	6	5,0%	24	20,2%	47	39,5%	42	35,3%	119	100,0%		

Nota. Resultados de relación entre calidad de vida y autoconcepto emocional.

Conclusión estadística

Los resultados, indican que el valor – p (0.069) es mayor que el nivel de significancia (0.05), por lo que se acepta la hipótesis nula H_0 , se rechaza la hipótesis alternativa H_1 y se concluye que no existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Tabla 27

Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto emocional

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,890 ^a	12	0,069
Razón de verosimilitud	22,307	12	0,034
Asociación lineal por lineal	11,765	1	0,001
N de casos válidos	119		

Nota. Resultados prueba de chi-cuadrado entre calidad de vida y autoconcepto emocional.

5.3.6. Contrastación de la Hipótesis Específica 4

H0: No existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

H1: Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Nivel de significancia

En relación al nivel de significancia o criterio que será considerado para efectuar la toma de decisiones:

$$\alpha = 0.05 \text{ o } 5\%$$

Elección de la prueba de Estadística

Prueba Estadística chi-cuadrado de Pearson

Regla de decisión

- Si P-valor > 0.05 Se acepta H_0
- Si P-Valor < 0.05 Se rechaza H_0 y se acepta H_1

Tabla 28

Relación entre la calidad de vida y el autoconcepto familiar

Autoconcepto Familiar	Calidad de Vida										P	Chi
	Mala calidad de vida		Tendencia a calidad de vida baja		Tendencia a calidad de vida buena		Calidad de vida óptima		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Medio – bajo	1	0,8%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	4	3,4%		
Medio	2	1,7%	14	11,8%	23	19,3%	24	20,2%	63	52,9%		
Medio – alto	1	0,8%	5	4,2%	23	19,3%	13	10,9%	42	35,3%	0,003	24,932
Alto	2	1,7%	2	1,7%	1	0,8%	5	4,2%	10	8,4%		
Total	6	5,0%	24	20,2%	47	39,5%	42	35,3%	119	100,0%		

Nota. Resultados de relación entre calidad de vida y autoconcepto familiar.

Conclusión estadística

Los resultados, indican que el valor – p (0.003) es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo que se rechaza la hipótesis nula H_0 , se acepta la hipótesis alternativa H_1 y se concluye que existe relación entre la calidad de vida y el

autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Tabla 29

Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto familiar

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,932 ^a	9	0,003
Razón de verosimilitud	23,057	9	0,006
Asociación lineal por lineal	0,841	1	0,359
N de casos válidos	119		

Nota. Resultados prueba de chi-cuadrado entre calidad de vida y autoconcepto familiar.

5.3.7. *Contrastación de la Hipótesis Específica 5*

H0: No relación entre la calidad de vida y el autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

H1: Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Nivel de significancia

En relación al nivel de significancia o criterio que será considerado para efectuar la toma de decisiones:

$$\alpha = 0.05 \text{ o } 5\%$$

lección de la prueba de Estadística

Prueba Estadística chi-cuadrado de Pearson

Regla de decisión

- Si $P\text{-valor} > 0.05$ Se acepta H_0
- Si $P\text{-Valor} < 0.05$ Se rechaza H_0 y se acepta H_1

Tabla 30

Relación entre la calidad de vida y el autoconcepto físico

Autoconcepto físico	Calidad de Vida										P	Chi
	Mala calidad de vida		Tendencia a calidad de vida baja		Tendencia a calidad de vida buena		Calidad de vida óptima		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	3	2,5%	3	2,5%	2	1,7%	0	0,0%	8	6,7%	0,000	35,680
Medio – bajo	1	0,8%	11	9,2%	16	13,4%	10	8,4%	38	31,9%		
Medio	2	1,7%	10	8,4%	17	14,3%	26	21,8%	55	46,2%		
Medio – alto	0	0,0%	0	0,0%	9	7,6%	5	4,2%	14	11,8%		
Alto	0	0,0%	0	0,0%	3	2,5%	1	0,8%	4	3,4%		
Total	6	5,0%	24	20,2%	47	39,5%	42	35,3%	119	100,0%		

Nota. Resultados de relación entre calidad de vida y autoconcepto físico.

Conclusión estadística

Los resultados, indican que el valor – p (0.000) es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo que se rechaza la hipótesis nula H_0 , se acepta la hipótesis alternativa H_1 y se concluye que existe relación entre la calidad de vida y el

autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

Tabla 31

Prueba de chi-cuadrado entre la calidad de vida y el autoconcepto físico

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,680 ^a	12	0,000
Razón de verosimilitud	32,282	12	0,001
Asociación lineal por lineal	12,623	1	0,000
N de casos válidos	119		

Nota. Resultados prueba de chi-cuadrado entre calidad de vida y autoconcepto

5.4. Discusión

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que impacta negativamente en diferentes aspectos de la salud física y mental de los pacientes. Para poder controlar esta enfermedad es de suma importancia la modificación de los factores de riesgo por parte de los pacientes, y de esta forma evitar sus consecuencias a largo plazo. Es relevante poder evaluar la calidad de vida de los pacientes diabéticos, ya que no todos los establecimientos de salud realizan un mayor seguimiento adicional al tratamiento farmacológico. Debido a estos motivos, el presente estudio buscó determinar la relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.

En cuanto a la variable Calidad de Vida, se observa que el 39,5% de los pacientes demuestra tener una tendencia de calidad de vida alta, seguido de un 35,3%

con tendencia óptima (Tabla N° 12). Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Rojas (2020) en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí - México, donde se encontró que el 80% de pacientes diabéticos presentan una buena calidad de vida. Estos resultados son alentadores, ya que, a pesar de los desafíos que implica este diagnóstico, los pacientes tienden a tener una buena calidad de vida. Estos estudios presentan similitud en el estado civil de sus poblaciones, siendo la mayoría pacientes casados y convivientes (Tabla N° 4), así mismo, también se observa similitud en el sexo de los pacientes encuestados, siendo para este estudio un 35,3% varones y 64,7% mujeres (Tabla N° 5). Como menciona Portilla (2011) el apoyo y contención que reciben este tipo de pacientes para poder afrontar su enfermedad es muy relevante, por lo que, tener a la pareja y otros familiares en casa representa un factor positivo. Por otro lado, Salazar y Jimenez (2020) encontraron que el 49,2% de diabéticos tipo 2 tienen una calidad de vida media en un establecimiento de salud en Comas, Lima 2022, cabe resaltar que el 59,5% de su población no presenta ocupación, el 34, 1% manifiesta tener trabajo eventual, 77,8% presenta secundaria como nivel educativo y la media de edad fue 67.76, a diferencia la población del presente estudio, donde el 51,3% son trabajadores independientes, 19,3% trabaja para una institución (Tabla N° 10) y el rango de edad predominante es de 39 a 50 años alcanzando un 28,6%. (Tabla N° 3). Flores y Valencia (2014) menciona que las personas en la tercera edad son más vulnerables a presentar diferentes diagnósticos, dicha comorbilidad complica el proceso de tratamiento de la diabetes, así como las consecuencias del mismo, lo cual lleva al paciente a perder la percepción de autonomía, al no poder realizar acciones o actividades por sí mismo, requiriendo cada vez más la ayuda de un cuidador principal.

En cuanto a la variable Autoconcepto se observa que la mayoría de pacientes demuestra tener un nivel medio alcanzando un 91,6% (Tabla N° 13), siendo la dimensión Social la que obtuvo un mayor puntaje en nivel medio con 73,9% (Tabla N° 14) y la dimensión Académico/Laboral con un 50,4% en nivel medio – alto (Tabla N°6). Córdova y Meza (2021) en su investigación con estudiantes de una universidad

privada de Lima durante la pandemia de COVID-19 donde se encontró que la mayoría de encuestados presenta un autoconcepto general por sobre el promedio, siendo la dimensión familiar la que presenta el puntaje más elevado, seguido de la dimensión emocional. Esto nos indica que el apoyo recibido por sus familiares y/o pareja durante el tiempo de cuarentena por covid-19, a pesar de haberse contagiado, sirvió como fuente de apoyo para enfrentar las dificultades de dicho contexto sanitario.

Respecto al objetivo general, se determina que no existe relación entre la calidad de vida y autoconcepto en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados en el Centro de Salud La Natividad, obteniendo un valor $p = 0.074$ (Tabla N° 20). Tanto la calidad de vida como el autoconcepto son constructos multidimensionales, por lo que medirlas es complejo. Se debe tener en cuenta que, pueden existir otros factores que impactan en la percepción de cada paciente, así como aquellos que promueven el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permite a los pacientes mantener una mejor calidad de vida o autoconcepto, aceptando su enfermedad sin que esto afecte negativamente su percepción de sí mismos. Podemos mencionar que para este estudio se consideró amplio rango de edad para la población (Tabla N° 3), diversificando los resultados según la realidad de cada grupo etario, por otro lado, la población de Natividad presenta características culturales que pueden repercutir en los resultados, como el aspecto religioso, ya que la comunidad de Natividad ha sido conformada históricamente por inmigrantes, en su mayoría provenientes de Puno, caracterizándose por tener fuertes creencias religiosas, lo cual se puede observar en las festividades anuales de La Virgen de Natividad, la cual reúne a muchos devotos en los desfiles, ferias y procesión de la virgen, donde participan también las instituciones públicas como la Policía, CEM, Centro de Salud, entre otras. En la dimensión Religión de Calidad de Vida se obtiene un 56,3% en nivel bueno (Tabla N° 37), lo que hace suponer el soporte que tiene sobre la variable calidad de vida, ya que las comunidades religiosas pueden ofrecer un entorno de apoyo emocional y material, lo que mejora la percepción de bienestar, así mismo, pueden promover prácticas saludables, como evitar el consumo de alcohol o tabaco, lo que promueve el control de la diabetes. Esta fe puede

motivar a los pacientes a seguir su tratamiento con una actitud más positiva (Ruiz-Recéndiz et al., 2021). Esto también podría guardar relación con el resultado obtenido en la dimensión Salud de Calidad de Vida, alcanzando un 70,6% en nivel bueno (Tabla N° 38), sumado a que todos los encuestados son pacientes que tienen una adherencia al tratamiento constante, vigilados y con seguimiento por parte del equipo de médicos del Centro de Salud La Natividad, un establecimiento que presenta un fuerte enfoque comunitario, quienes semana a semana realizan visitas domiciliarias a todos sus pacientes.

En referencia al primer objetivo específico, Dimensión Autoconcepto Social, podemos observar que el 73,9% de los pacientes encuestados obtuvo un nivel medio (Tabla N° 14), resultados que se asemejan a los obtenidos por Torres y Murillo (2023), donde muestra los diabéticos presentan un nivel tendencia promedio sobre el autoconcepto social. De igual forma, Córdova y Meza (2021) obtuvieron nivel medio en la dimensión Social del Autoconcepto según su estudio realizado en estudiantes de una Universidad Privada de Lima durante el tiempo de cuarentena por covid-19. Como se observa en la Tabla N° 4, el 23,5% de los encuestados son casados y el 31,9% convivientes, sumado a un 90,8% que mencionan tener hijos (Tabla N° 6), esto nos indica que las relaciones interpersonales que mantienen los pacientes diabéticos pueden ayudar a mejorar la percepción de ellos mismos frente al ámbito social. En cuanto a la relación entre el Autoconcepto Social y la Calidad de Vida, se determina que no existe relación entre ambas variables, obteniendo un valor $P = 0,0418$, el cual es mayor al nivel de significancia (Tabla N° 22). La autora Portilla (2011), menciona que aquellos pacientes diabéticos sin una buena adherencia al tratamiento presentan una correlación positiva entre el autoconcepto social y la calidad de vida, esto debido a que dichos pacientes no al no contar con un ajuste correcto al tratamiento médico presentan muchas limitaciones en el área social, reduciendo su círculo social y dificultando la posibilidad de hacer nuevos amigos, creando una percepción de que los demás lo rechazarán por su diagnóstico de diabetes y las complicaciones que conlleva este diagnóstico.

En cuanto al segundo objetivo específico, Dimensión Autoconcepto Académico/Laboral, podemos observar que el 50,4% de los pacientes encuestados obtuvo un nivel medio – alto (Tabla N° 15), resultados que se asemejan a los obtenidos por Torres y Murillo (2023) en su estudio con pacientes diabéticos en el Centro Médico Casa de la Diabetes en Cuenca, Ecuador, donde muestra que los diabéticos presentan un nivel promedio sobre el autoconcepto académico laboral. Cabe resaltar que dicho estudio tuvo un 70% de pacientes mujeres y un 53,3% de los encuestados en la etapa de adultez media, valores similares a los del presente estudio. Por otro lado, Luján (2021) en su investigación con personas que sufrieron quemadura en Mendoza, Argentina, obtuvo valores por debajo del promedio para esta dimensión. Sin embargo, es importante recalcar que el presente estudio la mayoría de pacientes encuestados realizan actividades laborales de manera independiente o contratada, ya que la enfermedad de diabetes no les impide cumplir estas funciones siempre y cuando cumplan con su tratamiento establecido y manteniendo hábitos saludables. En cuanto a la relación entre el Autoconcepto Académico/Laboral y la Calidad de Vida, se determina que no existe relación entre ambas variables, obteniendo un valor $P = 0,072$, el cual es mayor al nivel de significancia (0,05) (Tabla N° 24). La autora Portilla (2011), quien obtuvo resultados similares relacionando ambas variables, comenta que para los pacientes diabéticos es importante el momento de recibir su diagnóstico, ya que empiezan a una nueva vida enfrentando los desafíos a lo largo del desarrollo de su enfermedad. Finalmente, es importante resaltar que el 51% de los pacientes encuestados trabajan de manera independiente, por lo que presentan cierta libertad en sus horarios diarios, pudiendo organizar su tiempo para asistir a sus controles médicos, realizar actividades de recreación, entre otras, favoreciendo su adherencia al tratamiento y mejorando sus hábitos saludables.

Respecto al tercer objetivo específico, Dimensión Autoconcepto Emocional, podemos observar que el 42% de los pacientes encuestados obtuvo un nivel bajo (Tabla N° 16). Este resultado concuerda con el estudio de Torres y Murillo (2023), quienes determinan que los pacientes con diabetes de su estudio presentan un nivel bajo de

Autoconcepto Emocional, sumado a los resultados de Luján (2021) quien encontró un nivel por debajo del promedio en pacientes con quemaduras. Torres y Murillo (2023) mencionan que los pacientes con diabetes mellitus experimentan niveles elevados de estrés que los predisponen a presentar trastornos de salud mental como ansiedad o depresión. Sin embargo, Escalante et al. (2020) refieren que los pacientes crónicos, como los oncológicos, a pesar de experimentar ansiedad muy relacionada con respuestas fisiológicas y psicológicas, aspectos como pertenecer a una familia feliz, presentar satisfacción consigo mismos y tener sentimientos de superación personal favorecen a una mejor percepción de sí mismos y combatir la ansiedad y depresión. En cuanto a la relación entre el Autoconcepto Emocional y la Calidad de Vida, se determina que no existe relación entre ambas variables, obteniendo un valor $P = 0,069$, el cual es mayor al nivel de significancia (0,05) (Tabla N° 26).

En cuanto al cuarto objetivo específico, Dimensión Autoconcepto Familiar, podemos observar que el 52.9% de los pacientes encuestados obtuvo un nivel medio y 35,3% nivel medio – alto (Tabla N° 17). Este resultado difiere con el estudio de Córdova y Meza (2021), en el cual obtuvieron nivel alto en esta dimensión del Autoconcepto según su estudio realizado en estudiantes de una Universidad Privada de Lima durante el tiempo de cuarentena por covid-19. Por otro lado, Torres y Murillo (2023), en su estudio con pacientes diabéticos, determina un nivel bajo para esta dimensión. Zúñiga (2018) destaca que la familia constituye una estructura social fundamental que proporciona estabilidad y apoyo emocional a sus miembros. López y Ávalos (2013) señalan que la familia experimenta de manera colectiva el impacto de una enfermedad crónica, lo que puede convertirse en un factor desencadenante de conflictos debido al ambiente de tensión, preocupación e incertidumbre que genera. Debido a esto, entendemos que la dinámica familiar de cada población es diferente. En cuanto a la relación entre el Autoconcepto Familiar y la Calidad de Vida, se determina que, si existe relación entre ambas variables, obteniendo un valor $P = 0,003$, el cual es menor al nivel de significancia (0,05) (Tabla N° 28). Por otro lado, es importante mencionar que en la Dimensión Vida Familiar y Familia Extensa de la variable Calidad

de Vida, se determina que el 41,2% de los encuestados presenta una tendencia de calidad de vida buena (Tabla N° 34), lo que hace referencia a los buenos lazos afectivos que presentan los pacientes con sus respectivas familias, así mismo, demuestran un recibir un protección y apoyo para satisfacer sus necesidades durante el desarrollo de su enfermedad, lo que les brinda seguridad afectiva.

Respecto al quinto objetivo específico, Dimensión Autoconcepto Físico, podemos observar que el 46.2% de los pacientes encuestados obtuvo un nivel medio (Tabla N° 18). Este resultado difiere con el estudio de Córdova y Meza (2021), en el cual obtuvieron nivel alto en esta dimensión del Autoconcepto en su estudio con universitarios durante el tiempo de cuarentena por covid-19. En cuanto a la relación entre el Autoconcepto Físico y la Calidad de Vida, se determina que, si existe relación entre ambas variables, obteniendo un valor $P = 0,000$, el cual es menor al nivel de significancia (0,05) (Tabla N° 30). Se debe tener en cuenta que la población encuestada presenta una adherencia al tratamiento, ya que el Centro de Salud La Natividad cuenta con un grupo de profesionales que se encarga de hacer seguimiento a los pacientes para que acudan a sus controles médicos y recojo de medicamentos en sus fechas programadas, este seguimiento se puede realizar por llamada telefónica o visita médica, ya que forman parte de sus indicadores anuales. Por ende, la mayor parte de estos pacientes no ha desarrollado mayores complicaciones en torno al aspecto físico. Esta idea se refuerza al observar los resultados en la Dimensión Salud de Calidad de Vida obteniendo un 70,6% en nivel bueno (Tabla N° 38).

Capítulo VI Conclusiones y Sugerencias

6.1. Conclusiones

6.1.1. Primera

Se concluyó que no existe una relación entre la calidad de vida y autoconcepto en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud La Natividad 2024. Obteniendo como mayores puntajes 91,6% en el nivel medio de Autoconcepto y 39,5% como tendencia de calidad de vida buena, seguido de un 35,5 en tendencia de calidad de vida óptima,

6.1.2. Segunda

Se determinó que no existe relación entre el Autoconcepto Social y la Calidad de Vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud La Natividad 2024. Los pacientes en esta dimensión obtuvieron 50,4% en nivel medio - alto, seguido de 31,9% en un nivel alto. Siendo la dimensión del Autoconcepto con el puntaje más alto.

6.1.3. Tercera

Se determinó que no existe relación entre el Autoconcepto Académico/Laboral y la Calidad de Vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud La Natividad 2024. Los pacientes en esta dimensión obtuvieron 73,9% en nivel medio como mayor puntaje, seguido de 14,3% en un nivel medio - alto.

6.1.4. Cuarta

Se determinó que no existe relación entre el Autoconcepto Emocional y la Calidad de Vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud La Natividad 2024. Los pacientes en esta dimensión obtuvieron 42% en nivel bajo, seguido de 32,8% en un nivel medio – bajo, siendo la dimensión del Autoconcepto con el puntaje más bajo.

6.1.5. Quinta

Se determinó que si existe relación entre el Autoconcepto Familiar y la Calidad de Vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud La Natividad 2024. Los pacientes en esta dimensión obtuvieron 52,9% en nivel medio como mayor puntaje, seguido de 35,3% en un nivel medio - alto.

6.1.6. Sexta

Se determinó que si existe relación entre el Autoconcepto Físico y la Calidad de Vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud La Natividad 2024. Los pacientes en esta dimensión obtuvieron 46,2% en nivel medio como mayor puntaje, seguido de 31,9% en un nivel medio - bajo.

6.2. Sugerencias

6.2.1. Primera

Se sugiere a futuros investigadores poder continuar trabajando con pacientes diabéticos, ya que es una población poco estudiada, pudiendo abarcar mayor número de distritos y Centros de Salud de la ciudad de Tacna, de esta forma poder comparar

los resultados obtenidos. Además, esto podría permitir obtener información actualizada en el área de la psicología de la salud y enfermedades crónicas.

6.2.2. Segunda

Se sugiere a próximos investigadores poder tomar rangos de edad más cortos en su población a estudiar, ya que la autopercepción y los modos de adaptación pueden de los pacientes pueden variar según la edad, por lo que repercute en los resultados. Tanto adultos jóvenes como adultos mayores experimentan diferentes impactos en su autoconcepto y calidad de vida, pudiendo representar la diabetes como una limitación en sus proyectos de vida, desempeño laboral, educativo, autonomía, matrimonio, familia, entre otros según su grupo etario, sin dejar de mencionar las posibles comorbilidades que pueden presentar los adultos mayores, por lo que se busca que la población seleccionada presente características similares.

6.2.3. Tercera

Se sugiere a futuros investigadores en ciencias de la salud poder continuar realizando estudios sobre la variable Autoconcepto en el ámbito clínico, ya que se pudo comprobar que se encuentran escasas investigaciones sobre el tema, teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas afectan su autopercepción debido a los desafíos que implica y el modo en que se enfrentan y se adaptan a su condición de salud.

6.2.4. Cuarta

Se sugiere al Centro de Salud La Natividad poder implementar actividades de promoción y prevención de la diabetes mellitus, para poder concientizar a la población en el desarrollo de nuevos hábitos saludables, por otro lado, poder dar a conocer no solo las consecuencias físicas de la enfermedad sino también las afecciones a nivel

psicológico y social. Así como también se sugiere poder implementar actividades grupales con los pacientes crónicos para promover las estrategias de afrontamiento contra la diabetes.

6.2.5. Quinta

Se sugiere al Centro de Salud La Natividad poder implementar una derivación al servicio de psicología para los pacientes diabéticos periódicamente cada vez que acuden a sus controles o recojo de medicamentos, de esta forma poder evaluar la afectación de la diabetes en el ámbito psicológico y social, brindado un servicio más completo y no reducir el tratamiento a sólo el aspecto farmacológico.

6.2.6. Sexta

Se sugiere a futuros investigadores poder realizar estudios con pacientes diabéticos sin adherencia al tratamiento para poder conocer su autopercepción, ya que son escasas las investigaciones con ese tipo de población, centrándose en mayor parte en aquellos pacientes que si llevan una adecuada adherencia al tratamiento en algún establecimiento de salud.

Referencias

- Accinelli, R., Arias, K., Leon-Abarca, J., López, L., Saavedra, J. (2021). Frequency of depression and quality of life in patients with diabetes mellitus in public health facilities in Metropolitan Lima. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(4), 243 - 251.
DOI: 10.1016/j.rcpeng.2021.10.001.
- Aguilar, H. (2020). *Factores de riesgo y complicaciones de los pacientes con diabetes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna – Tacna, 2019*. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio Institucional UNJBG.
<https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/a35a4d57-ad8c-485e-8d66-c8b23cea1050>
- Alzahrani, O., Fletcher, J. & Hitos, K. (2023). Quality of life and mental health measurements among patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*, 21(27), 15-21.
DOI: 10.1186/s12955-023-02111-3
- Anillo, L., Acosta, T., Tuesca, R., Rodríguez, S., Flórez, K., Aschner, P., Gabriel, R., De la Rosa, S., Nieto, J. & Barengo, N. (2021). Health-related quality of life (HRQoL) in a population at risk of type 2 diabetes: a cross-sectional study in two Latin American cities. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(269), 1 – 12.
<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01894-7>
- Arens, A., Jansen, M., Preckel, F., Schmidt, I. & Brunner, M. (2021). The structure of academic self-concept: A methodological review and empirical illustration of central models. *Review of Educational Research*, 91(6), 958–999.
<https://doi.org/10.3102/0034654320972186>

- Barraza-Mendoza, D. & Flores-Aime, M. (2019). Calidad de vida y felicidad percibida en estudiantes mujeres de Lima Centro. *Revista de investigación y casos de salud*, 4(3), 153 – 161.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7192560>
- Bautista, R, & Zambrano P. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17(1), 131-148.
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/%20imagenydesarrollo/article/view/9261/11928>.
- Beléndez, M., Lorente, I. & Maderuelo, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 300-303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.005>
- Borda-Lozano, C. (2023). Calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 que acuden a un establecimiento de salud de atención primaria en Comas. *Revista Cuidado y Salud Pública*, 3(1), 8 – 16.
 DOI: <https://doi.org/10.53684/csp.v3i1.68>
- Bove, D., Lavesen, M. & Lindegaard, B. (2020). Characteristics and health related quality of life in a population with advanced chronic obstructive pulmonary disease, a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 19(84), 2-9.
<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00593-2>
- Bustos, V., Oliver, A., & Galiana, L. (2015). Validación del Autoconcepto Forma 5 en Universitarios Peruanos: Una Herramienta para la Psicología Positiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), 690–697.
<https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528406>
- Capdevila, M. (2020). *Efecto de un programa de orientación sobre el autoconcepto en un grupo de alumnado de Formación Profesional Básica con conductas disruptivas*. [Tesis de Maestría, Universitat Jaume I]. Repositorio institucional UJI.
<https://repositori.uji.es/server/api/core/bitstreams/8fb49f0f-2dc6-4a26-b919->

0e5e3aec1809/content

- Cadena, L., & Cardozo, L. (2021). Percepción del autoconcepto físico en estudiantes universitarios en tiempos de confinamiento por COVID-19. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 21(3), 48-61.
<https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v21n3/1578-8423-cpd-21-3-48-61.pdf>
- Cadenillas-Maguiña, N., Rosas-Castillo, M., Morillas, M., Souza de Santana, E., & Ochoa-Vigo, K. (2024). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 24(3), 62-70.
<https://doi.org/10.25176/rfmh.v24i3.6625>
- Cai, T., Verze, P. & Bjerklund, T. (2021). The quality of life definition: Where are we going? *Uro*, 1(1), 14–22.
 DOI:10.3390/uro1010003
- Cakmak, S. & Gen, E. (2020). Relationship between quality of life, depression and anxiety in type 1 and type 2 diabetes. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 33(2), 155-169.
<https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2020.00075>
- Campos, J., Centeno, K. & Báez, A. (2016). Autoestima y Auto concepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015 – Junio de 2016. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio institucional UNAN.
<https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/3499/1/58020.pdf>
- Carranza, R., Ruiz, P., Mamani-Benito, O., Hernández, R. & White, M. (2021). Análisis psicométrico de una versión reducida de la escala de autoconcepto AF5. *Ansiedad y Estrés*, 27(1), 67-73.
<https://ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a9.pdf>
- Castro-Sánchez, M., Rojas-Jiménez, M., Zurita-Ortega, F. & Chacón-Cuberos, R. (2019). Multidimensional Self-Concept and Its Association with Problematic

Use of Video Games in Spanish College Students. *Education Sciences*, 9(3), 206 - 211.

<https://doi.org/10.3390/educsci9030206>

Cazalla-Luna, N. & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 10(1), 43-64.

<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991/818>

Céspedes, C., Rubio, A., Viñas, F. & Malo, S. (2020). Relationship between self-concept, self-efficacy, and subjective well-being of native and migrant adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11(1). 1-9.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.620782>

Chávez, K. (2021). *Influencia del sentimiento de soledad en la calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Atención Residencial Mixto del Adulto Mayor San Pedro. Tacna – 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio institucional UNJBG. <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/a0e6145d-f9b1-4fec-9a43-4756628da495>

Chen, Y., Liu, Y., Gao, Y., Wu, X., & Mo, L. (2022). The relationship between self-esteem and self-concept clarity is modulated by spontaneous activities of the dACC. *Frontiers in Psychology*, 13(1), 1 – 9.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.926181>

Chiroque-Pisconte, M. (2020). Niños con discapacidad: resiliencia y calidad de vida según la experiencia de los padres. *Revista de investigación y casos en salud*, 5(2), 50 -59.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7770636>

Cho, S., Kwon, M. & Kim S. (2022). Influence of Diabetes Knowledge, Self-Stigma, and Self-Care Behavior on Quality of Life in Patients with Diabetes. *Healthcare (Basel)*, 10(10), 1- 9.

DOI: 10.3390/healthcare10101983

- Clínica Universidad de Navarra (2024). Enfermedades y tratamientos. Hipoglucemia.
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hipoglucemia>
- Córdova, H. & Meza, Y. (2021). *Autoconcepto y desesperanza aprendida frente a la covid-19 en estudiantes de una universidad privada de Lima metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad San Ignacio de Loyola]. Repositorio institucional USIL.
<https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/f0caa850-cd5d-496c-b5e9-285201ea331f>
- Córdoba, L., Verdugo, M. & Gómez, J. (2011). *Manual de la escala de calidad de vida familiar*. Universidad de Salamanca.
sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26224/Manual_ECVF_version_Colombia.pdf
- Dapuetto, J. (2013). *Calidad de vida Marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas* [Tesis de pregrado, Universidad de la República Uruguay]. Repositorio institucional de URU.
<https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/publicacion5b896f0f2166d4.61586795.pdf>
- Delgado, N. (2020). *Relaciones intrafamiliares y autoconcepto en los estudiantes del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de Sicuani Cuzco*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional UPU.
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3265>
- Escalante, L., Ledezma, J., Bautista, Y. % Fernández-Delgado, M. (2020). Ansiedad, depresión y autoconcepto en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. *Gac Med Caracas*, 128(4), 555 – 561.
 DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2020.128.4.11>
- Huayanay, I., Guerra-Castañon, F., Reyes-Díaz, M., Lazo, M., De la Cruz-Luque, C., Herrera, D. & Málaga, G. (2021). Quality of life and self-efficacy in patients with type 2 diabetes mellitus in a Peruvian public hospital.

Medwave, 21(2), 23 - 27.

DOI: 10.5867/medwave.2021.02.8132.

Ferrans, C. (2009). Definitions and conceptual models of quality of life. *Outcomes Assessment in Cancer*, 2(1), 14-30.

DOI:10.1017/cbo9780511545856.002

Fleming, J., & Courtney, B. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 404–421.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.2.404>

Flores, D., & Valencia, A. (2014). *Capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos con diabetes mellitus tipo II del programa de pacientes diabéticos hospital regional Honorio delgado Arequipa – 2014*. [Tesis de pregrado, Universidad nacional de san Agustín]. Repositorio institucional UNSA.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2298/ENfligdm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gadea, M. & Campos, C. (2020) Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, agosto – diciembre 2019. *Revista Médica PANACEA*, 9(2), 98 – 103.

<https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.327>

Gálvez, L. (2019). *Creencias Irracionales y Autoconcepto en estudiantes de una universidad de Trujillo*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio institucional UPN.

<https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/21610>

García, A., Huang, Y. & Zuñiga, J. (2022). Illness Perceptions Mediate the Impact of Depressive Symptoms on Quality of Life Among Latinos with Type 2 Diabetes. *Journal of Immigrant Minority Health* 24(5), 1517–1525.

<https://doi.org/10.1007/s10903-022-01338-4>

García, F. & Musitu, G. (2001). *Autoconcepto Forma 5. AF5. Manual*. Madrid: TEA.

- García, F. & Musitu, G. (2014). *AF-5 Autoconcepto forma 5*. (4ta ed.,). TEA.
https://web.teaediciones.com/ejemplos/af-5_manual_2014_extracto.pdf
- Garduño, L., Salinas, B. & Rojas, M. (2005). *Calidad de vida bienestar subjetivo en México*. Plaza y Valdés.
https://books.google.com.pe/books?id=j16GIakxXpgC&pg=PA5&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false
- Garrido-Bueno, M., Núñez-Sánchez, M., García-Lozano, M., Fagundo-Rivera, J., Romero-Alvero, A. & Fernández-León, P. (2025). Effects of body image and self-concept on the management of type 1 diabetes mellitus in adolescents and young adults: A systematic review. *Healthcare (Basel)*, 13(12), 1425 - 1427. DOI: 10.3390/healthcare13121425
- Gavín-Chocano, Ó., Sanz-Junoy, G., & Molero, D. (2025). Self-Concept and Self-Esteem: Relevant Variables in the Life Satisfaction of Teachers. *Education Sciences*, 15(6), 673 - 678.
<https://doi.org/10.3390/educsci15060673>
- Gebremedhin, T., Workicho, A. & Abebaw, D. (2019). Health-related quality of life and its associated factors among adult patients with type II diabetes attending Mizan Tepi University Teaching Hospital, Southwest Ethiopia. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 7(1), 2 – 11.
<https://doi.org/10.1136/bmjdrc-2018-000577>
- Gómez-Vela, M. (2004). *Evaluación de la calidad de vida de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria con Necesidades Educativas Especiales y sin ellas*. [Tesis de posgrado, Universidad de Salamanca]. Repositorio institucional US.
<https://sid-inico.usal.es/documentacion/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-de-alumnos-de-educacion-secundaria-obligatoria-con-necesidades-educativas-especiales-y-sin-ellas/>
- González, M. (1999). Algo sobre la autoestima. ¿Qué es y cómo se expresa? *Aula:*

- Revista de Enseñanza e Investigación Educativa*, 11(1), 217-232.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=621770>
- González-Wong, C., Fuentes-Barría, H., & Aguilera-Eguía, R. (2021). Insulinoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Una revisión narrativa. *Enfermería universitaria*, 18(3), 368-381.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.3.1096>
- Graham, H., Harrison, A., & Lampard, P. (2022). Public Perceptions of climate change and its health impacts: Taking account of people's exposure to floods and air pollution. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2246.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19042246>
- Grimaldo, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*, 17(2), 173-185.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a07v17n2>
- Grimaldo, M. (2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Avances en Psicología*, 20(1), 89 – 102
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012.v20n1.1946>
- Grimaldo, M., Correa, J., Jara, D., Cirilo, I. & Aguirre, M. (2020). Propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida de Barnes y Olson en estudiantes limeños (ECVOB). *Health and addictions*. 20(2), 145– 156.
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/655592/545-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2205-1-10-20200806.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guerrero, S. & Mestanza, N. (2016) *Clima Social Familiar y Autoconcepto en estudiantes de 3ro a 5to año de secundaria de una institución educativa privada de Lima este*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional UPU.
<https://repositorio.upeu.edu.pe/items/4089d22e-98fd-4a5a-bee5-1ad363f3657c>

- Guevara, D. & Gonzáles, S. (2022). *Calidad de vida y resiliencia en pacientes atendidos en medicina física y rehabilitación Hospital Hipólito Unanue Tacna*, 2022. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio institucional UAI.
<https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2200>
- Gutiérrez, G. (2022). Calidad de vida e inteligencia emocional en universitarios que realizan prácticas pre-profesionales. *CASUS Revista de Investigación y Casos en Salud*, 6(1), 19-30.
https://www.researchgate.net/publication/359682017_Calidad_de_vida_e_inteligencia_emocional_en_universitarios_que_realizan_practicas_pre-profesionales
- Gutiérrez, N., Mercader, I., Carrión, J., & Trigueros, R. (2022). Self-Concept and Feeling of Belonging as a Predictor Variable of the Attitude towards the Study from the PISA 2018 Report. *Education Sciences*, 12(2), 91 – 95.
<https://doi.org/10.3390/educsci12020091>
- Gutiérrez, P., & Ayala, M. (2021). Implicaciones de la autoestima y el autoconcepto en el bienestar psicológico de los adolescentes españoles. *MLS Psychology Research*, 4(2), 668–683.
<https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i2.668>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2a ed.). McGraw-Hill.
- Irtelli, F., & Durbano, F. (2020). *Quality-of-life: A narrative review of the concept and specific insights*. IntechOpen.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.108610>
- Van Netten, J., Raspovic, A., Lavery, L., Monteiro-Soares, M., Rasmussen, A., Sacco, I. & Bus, S. (2020). Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 36(1), 327 - 336.

<https://doi.org/10.1002/dmrr.3270>

Jankowski, T., Bak, W., & Miciuk, Ł. (2022). Adaptive self-concept: Identifying the basic dimensions of self-beliefs. *Self and Identity*, 21(7), 739–774.

<https://doi.org/10.1080/15298868.2021.1997796>

Kim, H., Sereika, S., Lingler, J., Albert, S. & Bender, C. (2021). Illness perceptions, self-efficacy, and self-reported medication adherence in persons aged 50 and older with type 2 diabetes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 36(4), 312 - 328.

DOI: 10.1097/JCN.0000000000000675

Kenowitz, J., Hoogendoorn, C., Commissariat, P. & Gonzalez, J. (2020). Diabetes-specific self-esteem, self-care and glycaemic control among adolescents with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 37(5), 760 - 767.

DOI: 10.1111/dme.14056

Krederdt-Araujo S, Dominguez-Cancino K, Jiménez-Cordova R, Paz-Villanueva M, Fernandez J, Leyva-Moral J, Palmieri P. (2019). Spirituality, Social Support, and Diabetes: A Cross-Sectional Study of People Enrolled in a Nurse-Led Diabetes Management Program in Peru. *Hisp Health Care Int*, 17(4), 162-171. DOI: 10.1177/1540415319847493

Larsen, M., & Witoszek, N. (2024). *Evolutionary perspectives on enhancing quality of life. En Elements in Applied Evolutionary Science*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009378543>

Lin, J., Hsih, W., Wen, C. & Chang, T. (2021). Update in the epidemiology, risk factors, screening, and treatment of diabetic retinopathy. *Journal of Diabetes Investigation*, 12(1), 1322 - 1325.

<https://doi.org/10.1111/jdi.13480>

Lopera-Vásquez, J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 1 – 11.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>

López, C. & Ávalos, M. (2013). Towards the social perspective-oriented analysis of

- diabetes mellitus. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 331–345.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp132m.pdf>
- Lozada, S. (2018). *Calidad de vida en estudiantes de psicología y ciencias de la comunicación de una Universidad Privada*. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional USS.
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4770>
- Lugo, L., García, H., & Gómez, C. (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Iatreia*, 15(2), 96-102.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121079320020002000004&lng=en&tlng=es.
- Luján, F. (2021). *Relación entre el autoconcepto y la ansiedad en personas con quemaduras*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Argentina]. Repositorio institucional UCA.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12459>
- Lukasiewicz, K., Głowacka, M., Duda-Skuza, M. & Wysokiński, A. (2022). Relations of well-being, coping styles, perception of self-influence on the diabetes course and sociodemographic characteristics with HbA1c and BMI among people with advanced Type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 246 - 251.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19042246>
- Ly, A., Flynn, P. & Betancourt, H. (2023). Cultural beliefs about diabetes-related social exclusion and diabetes distress impact self-care behaviors and HbA1c among patients with type 2 diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 467–478.
<https://doi.org/10.1007/s12529-023-10179-w>
- Martínez, I., Musitu, G., Garcia, J. F., & Camino, L. (2003). Un análisis intercultural de los efectos de la socialización familiar en el autoconcepto: España y Brasil. *Psicologia Educação e Cultura*, 7(2), 239–259.
<https://psycnet.apa.org/record/2004-10324-002>

- Marsh, H., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20(3), 107–123.
https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1
- Medina, D. (2010). *Estudio sobre el autoconcepto de los alumnos del 1ero. de secundaria de una I.E. del distrito de Ventanilla*. [Tesis de Pregrado, Universidad San Ignacio de Loyola] Repositorio institucional USIL.
<https://hdl.handle.net/20.500.14005/1193>
- Medina, I., Polanco, P., Tello, M. & Esparza, S. (2018). Propuesta de cuidados de enfermería en la adaptación de autoconcepto de adultos mayores con diabetes tipo 2. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. 6(1), 26-32. doi.org/10.35761/reesme.2018.6.04
- MedlinePlus (2023). Temas de salud. Enfermedad arterial periférica.
<https://medlineplus.gov/spanish/peripheralarterialdisease.html>
- Mestanza, D. & Salinas, C. (2019). *Efectos de un programa para mejorar el autoconcepto en estudiantes de una institución educativa de Lima*. [Tesis de Pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio institucional UFSC.
<https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/525>
- Moya-Salazar, J., Chiu-Higa, E., Jaime-Quispe, A., Cañari, B., Moya-Espinoza, J. & Contreras-Pulache, H. (2023). Quality of life in families under quarantine: a cross-sectional study in seven countries during the first outbreak of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 14(123), 57-71.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10508986/>
- Muñoz, M. & Yépez, E. (2020). *Inteligencia emocional y calidad de vida en estudiantes que cursan el 5to año del nivel secundario de una institución educativa en el distrito de Lima, 2020*. [Tesis de Pregrado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio UPN.
<https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/30127>
- Muragod, A., Nerurkar, P. & Pastagia, N. (2022). Fatigue and quality of life after 2

weeks post discharge in post-COVID-19 subjects. *Indian Journal of Physical Therapy and Research*, 4(4), 46 – 50.

DOI: 10.4103/ijptr.ijptr_14_21

Naranjo, C., Ortega-Jiménez, P., Del Reguero, L., Moratalla, G. & Failde, I. (2020). Relationship between diabetic neuropathic pain and comorbidity. Their impact on pain intensity, diabetes complications and quality of life in patients with type-2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2(1), 1 – 6.

DOI: 10.1016/j.diabres.2020.108236

Navajas, R. (2016). *La mejora del autoconcepto en estudiantes universitarios a través de un programa expresivo-corporal*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional UCM.

<https://docta.ucm.es/entities/publication/6dbc3e86-6c41-403c-a689-18c7cc7d1569>

Navarro, C., & Yruela, Y. (2019). *Qualidade de vida e mudança social*. *International Journal of Sociology*, 58(26), 5–38.

DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2000.i26.793>

Núñez, P., González, J., García, M., González, S., Rocés, C., Álvarez, L., & González, M. (1998). Estrategias de aprendizaje, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 10(1), 97–109.

<https://www.psicothema.com/pdf/146.pdf>

Organización Mundial de la Salud - OMS (2020). WHOQOL: Measuring quality of life

https://www.who.int/tools/whoqol?utm_source=chatgpt.com

Organización Mundial de la Salud - OMS (2022). Organización Panamericana de la Salud. Diabetes.

<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Organización Mundial de la Salud - OMS (2023). Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2024) Determinantes sociales de la salud. Temas.

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Osorio, M., Olvera, S., Bazán, E. & Gaitán, R. (2016). Calidad de vida percibida por pacientes pediátricos con hemofilia y sus padres. *Psicología y Salud*, 26 (1), 15- 23.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1894/0> Otoyá, G. (2022). *Bienestar psicológico y calidad de vida de los estudiantes que realizan prácticas pre-profesionales de enfermería de la Universidad Norbert Wiener*. [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio institucional UNW.

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/8136>

Pérez, H. (2023). *Funcionamiento familiar y calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Lima sur*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio institucional UAP.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2489>

Pineda, Z. (2019). *Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un establecimiento de salud de Puno-2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio institucional UNAP.

https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/13217/Pineda_Ramos_Zuani_Marluz.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

<https://core.ac.uk/download/pdf/323345133.pdf>

Portillo, S. (2020). Autoconcepto multidimensional del profesorado que realiza estudios de posgrado. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 232-239.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-3620202000060_0232

- Quispe, B. (2021). *Prevalencia de resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Centro de Salud La Esperanza Tacna – 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio Institucional UNJBG.
<https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3689>
- Ramírez-Coronel, A., Malo-Larrea, A., Martínez-Suárez, P., Montánchez-Torres, M. & González-León, F. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la calidad de vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 954-959.
https://www.redalyc.org/journal/559/55969796006/html/?utm_source=chatgpt.com
- Ramírez-Granizo, I., Sánchez-Zafra, M., Zurita-Ortega, F., Puertas-Molero, P., González-Valero, G. & Ubago-Jiménez, J. (2020). Multidimensional Self-Concept Depending on Levels of Resilience and the Motivational Climate Directed towards Sport in Schoolchildren. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 534 - 539.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17020534>
- Redondo, M. P., & Jiménez, L. K. (2020). Autoconcepto y rendimiento académico en estudiantes de secundaria en la ciudad de Valledupar-Colombia. *Revista Espacios*, 41(9), 17 – 26.
<https://www.revistaespacios.com/a20v41n09/20410917.html>
- Revilla, N. & Pérez, M. (2024). *Calidad de vida en estudiantes de secundaria de una institución educativa del distrito de Trujillo, 2024*. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional USS.
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/13368/Revilla%20Linares%2c%20Nora%20%26%20Perez%20Castro%2c%20Mirella.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Reyes-Jarquín, K., Tolentino-Flores, F., Guzmán-Saldaña, R., Bosques-Brugada, L., Romero-Palencia, A., Lerma-Talamantes, A., Solano-Solano, G. & González-Celis, A. (2019). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II, en Pachuca Hidalgo. *Quality of life in patients with type II diabetes mellitus. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*, 8(15), 1 – 6.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4823/6867>
- Ríos, C. (2024). *Percepción de adultos con DM2 de su imagen corporal y prácticas alimentarias en un consultorio privado, Lima – 2024* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio UVC.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/147372>
- Robinson, E., Gyllensten, H., Granas, A., Halvorsen & García, B. (2024). Health-related quality of life among older adults following acute hospitalization: longitudinal analysis of a randomized controlled trial. *Quality of Life Research*. 33(8), 2219 – 2233.
 DOI: 10.1007/s11136-024-03689-x
- Rodrigues, J., Chicau, C., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J. & Matos, R. (2020). Conceptual framework for the research on quality of life. *Sustainability*, 12(12), 49-55.
<https://doi.org/10.3390/su12124911>
- Rodríguez, A. (2008). El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*. 13(2), 155-158.
<https://www.redalyc.org/pdf/175/17512723011.pdf>
- Rodriguez-Marin, J. (1995). Psicología Social de la Salud. *Informació Psicológica*, 1(67), 4–11.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/733>
- Rojas, F. (2020). *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de medicina familiar n°45 del instituto mexicano del seguro social de*

San Luis Potosí. [Tesis para obtener diploma de especialidad en medicina familiar, Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. Repositorio institucional UASLP.

[https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7241/Tesis E.FM.2020.Calidad.Rojas.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7241/Tesis%20E.FM.2020.Calidad.Rojas.pdf?sequence=8&isAllowed=y)

Rojas, F. (2023). *Calidad de vida y bienestar psicológico en estudiantes de psicología de una universidad privada de Villa El Salvador*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio UAP.

[https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/2986/Rojas s%20Loayza%2C%20Florentina.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com](https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/2986/Rojas%20Loayza%2C%20Florentina.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com)

Rojas, F., Ayala, M., Cuéllar, J., Mendoza, M. & Alemán, C. (2021). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. *Atención Familiar*, 28(4), 275–279.

<https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80598>

Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. *The Canadian Journal of Sociology*, 6 (2), 212 – 214.

<https://doi.org/10.2307/3340091>

Rosboth, S., Lechleitner, M. & Oberaigner, W. (2020). Risk factors for diabetic foot complications in type 2 diabetes — A systematic review. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*, 4(1), 175 - 181.

<https://doi.org/10.1002/edm2.17>

Roystonn, K., Cetty, L., Jeyagurunathan, A., Devi, F., Abdin, E., Teng Tang, S., Tang, C., Verma, S. & Subramaniam, M. (2001). Quality of Life and Its Associations with Religiosity and Religious Coping among Outpatients with Psychosis in Singapore. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7200.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18137200>

Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, Á., Matz, S., & Huppert, F. (2020). Well-

being is more than happiness and life satisfaction: A multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 192.

<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>

Ruidiaz-Gómez, K. S., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desarrollo histórico del concepto calidad de vida: Una revisión de la literatura. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 86–99.

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2539>

Ruiz-Recéndiz, M., Álvarez-Aguirre, A., Huerta-Baltazar, M. & Jiménez-Arroyo, V. (2021). Bienestar espiritual relacionado con la calidad de vida en personas con diabetes tipo 2. *Eureka*, 18(1), 10-24.

<https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-18-M-8.pdf>

Salazar, A. & Jiménez, M. (2022). *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a un establecimiento de salud en Comas, Lima 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad María Auxiliadora]. Repositorio institucional UMA. <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/872>

Sánchez, M., De la Fuente, J. & Peralta, F. (2007). Mejora del proceso de enseñanza aprendizaje a través del asesoramiento psicoeducativo. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 5(13), 853 – 878. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293121946017.pdf>

Sanga, P. (2022). *Depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores pacientes del C.S. Tarata, Tacna – 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio institucional UAP. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2505>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9 (2), 9-21.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G. & Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de

vida en hemodiálisis crónica: perfil de impacto de la enfermedad. *Revista médica del Uruguay*. 15(2). 103-109.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-270285>

Serrano, M. & Tincopa, P. (2021). *Autocuidado y Calidad de Vida en pacientes con diabetes tipo II que acuden al Centro de Salud de Vista Alegre, Nazca – 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio institucional UAI.

<https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2457>

Serrano, R. (2019). *Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de diabetes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2019*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/38222/Serrano_PR-SD.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
<https://doi.org/10.2307/1170010>

Skevington, A. & Bohnke, J. (2019). How is subjective well-being related to quality of life? Do we need two concepts and both measures? *Social Science & Medicine*. 206(1), 22 – 30.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.005>

Soares, A., & Soares, L. (1982). The self-concept differential in disadvantaged and advantaged students. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 7(1), 195–196.

<https://psycnet.apa.org/record/1972-24693-001>

Solis, U., Calvopiña, S. & Valdés, E. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis del cantón Riobamba. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(1), 1- 5.

<https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2554482>

- Summers, J., Poston, D., Turunbull, A., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H. & Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(2), 777-783.
DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00751.x
- Sun, Q., Jing, Y., Zhang, B., Gu, T., Meng, R., Sun, J., Zhu, D., & Wang, Y. (2021). The risk factors for diabetic retinopathy in a Chinese population: A cross-sectional study. *Journal of Diabetes Research*, 2021(1), 1 – 13.
<https://doi.org/10.1155/2021/5340453>
- Tacca-Huamán, D., Cuarez-Cordero, R. & Quispe-Huaycho, R. (2020). Habilidades sociales, autoconcepto y autoestima en adolescentes peruanos de educación secundaria. *International Journal of Sociology of Education*, 9(3), 293–324.
<https://doi.org/10.17583/rise.2020.5186>
- Theofilou, P. & Moschopoulos, A. (2024). Quality of life, fatigue and social support among healthcare professionals during the COVID 19 pandemic: A systematic review. *Series of Clinical and Medical Case Reports Reviews*, 1(6), 1 – 11.
DOI:10.54178/2993-3579.v1i6a2023
- Timashkov, A., Abrosimov, I. & Yaltonsky, V. (2023). Illness perception and self-management in patients with type 2 diabetes. *Quantitative Methods*, 2(1), 1 – 13.
<https://doi.org/10.48550/arXiv.2312.10122>
- Torres, A. & Murillo, F. (2023). *El autoconcepto y adaptación a la enfermedad en personas diagnosticadas con diabetes en adultos en el Centro Médico Casa de la Diabetes*. [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio institucional UC.
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/5f3c994e-03ec-4b69-aa49-4ac0b7e79a3e>
- Torres, A. & Sanhueza, O. (2006). Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y enfermería*, 12(1), 9-17.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000100002>

- Vásquez-Velásquez, V., Pizarro, J., Sánchez, S., Soto, V., Arcila-Martínez, D. & Velásquez-Jurado, H. (2022). Psychological impact of COVID-19 lockdown on well-being: Comparisons between people with obesity, with diabetes and without diseases. *Clinical Diabetology*, 11(3), 36 – 44.
DOI: 10.5603/DK.a2022.0020
- Valladares-Garrido, M., Soriano-Moreno, A., Rodrigo-Gallardo, P., Moncada-Mapelli, E., Pacheco-Mendoza, J. & Toro-Huamanchumo, C. (2020). Depression among peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey. *Diabetes Metabolic Syndrome*, 14(2), 141 - 146.
DOI: 10.1016/j.dsx.2020.02.001
- Vidal, T. (2022). *Autocuidado y su relación con la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II de la Clínica Divino Niño Jesús - 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio institucional UNW. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7602>
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia Avances de la Disciplina*. 6(1), 123-136.
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>
- Wehrle, K. & Fasbender, U. (2020). Self-concept. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. 9(1), 4675 – 4679.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_2001
- Weva, V., Napoleon, J., Arias, K., Huizinga, M., & Burack, J. (2023). Self-concept and the academic achievement of students from collectivist countries: A scoping review of empirical findings. *School Psychology International*, 45(4), 359 – 379.
<https://doi.org/10.1177/01430343231194735>
- Yábar, J. (2019). *Autoconcepto y rendimiento académico en estudiantes del nivel preuniversitario de la universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]

Repositorio institucional UPCH.

<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7181>

Zúñiga, M. (2018) *Autoconcepto y bienestar psicológico en estudiantes de una universidad privada de Lima Este* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional UPU.

<https://repositorio.upeu.edu.pe/items/d3b14f26-c993-4a29-9f49-0aa50535e96b>

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la
natividad, Tacna periodo enero a diciembre 2024.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	Categoría	METODOLOGIA
Problema general: ¿Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad Tacna 2024?	Objetivo general: Determinar la relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024	Hipótesis general: Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024	Variable 1: Calidad de vida.	○ Hogar y bienestar económico	- Condiciones de vivienda - Satisfacción de necesidades básicas - Capacidad de acceso a lujos - Cantidad de dinero para gastar	Calidad de vida óptima	Tipo de investigación : Básica Nivel de investigación : Descriptiva correlacional. Diseño de investigación: No experimental
				○ Amigos, vecindario y comunidad	- Amigos - Facilidades para hacer compras - Seguridad en la comunidad - Facilidades para la recreación	Tendencia a calidad de vida buena	
				○ Familia y familia extensa	- Familia - Hermanos - Relación con parientes	Tendencia a calidad de vida baja	
				○ Educación y ocio	- Grado de instrucción - Tiempo libre - Organización de tiempo libre	Mala calidad de vida	
				○ Medios de comunicación	- Programas de televisión - Calidad de cine - Periódicos y revistas		

				○ Religión	- Vida religiosa de tu familia - Vida religiosa de tu comunidad		Población: Todos los pacientes diabéticos tipo 2 del Centro de Salud La Natividad
				○ Salud	- Salud - Salud de familiares		
Problemas específicos: a) ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024? b) ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto académico/profesional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que	Objetivos específicos: a) Establecer la relación entre la calidad de vida y autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024. b) Establecer la relación entre la calidad de vida y autoconcepto académico/profesional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que	Hipótesis específicas a) Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024. b) Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto académico/profesional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de	Variable 2: Autoconcepto	○ Autoconcepto social.	-Facilidad para mantener o ampliar una red social.	Alto Medio alto Medio Medio bajo Bajo	Muestra: 140 pacientes diabéticos tipo 2 Instrumentos de recolección de datos: Cuestionario de Calidad de vida.
				○ Autoconcepto académico/profesional.	-Sentimiento del desempeño.		
				○ Autoconcepto emocional.	-Estado emocional general.		

acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024? c) ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024? d) ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La	acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024. c) Determinar la relación entre la calidad de vida y autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024. d) Determinar la relación entre la calidad de vida y autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024. e) Establecer la relación entre la	Salud La Natividad, Tacna 2024. c) Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024. d) Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024. e) Existe relación entre la calidad de vida y el autoconcepto físico en		o Autoconcepto familiar	- Relaciones familiares, confianza y afecto de los padres.		Cuestionario de Autoconcepto. Procesamiento de datos: Aplicación del método estadístico del software SPSS V.24 y el Excel 2013.
				o Autoconcepto físico	- Cuidado de la salud física.		

Natividad, Tacna 2024? e) ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024?	calidad de vida y autoconcepto físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.	pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.					
--	---	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2

Autorización para aplicación de instrumentos de investigación



REDST
RED
SALUD
TACNA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Nº 037-2024-AFI-UESA-ODI-DE-REDS.T.-

AUTORIZACIÓN

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD, DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA, AUTORIZA A:

EDUARDO MURILLO MURILLO

BACHILLER DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y HUMANIDADES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, A FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS TITULADO: "CALIDAD DE VIDA Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LA NATIVIDAD, TACNA 2024", APROBADO CON RESOLUCIÓN N°199-D-2024-UPT/FAEDCOH, POR LO QUE SÍRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO EN MENCIÓN.

Tacna, 24 de julio del 2024



MAAT/KASC/FCL/CGCC

ANEXO 3

Juicio de Expertos

JUICIO DE EXPERTOS EN APLICACIÓN PRESENCIAL

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres del juez experto: Escobar Villanueva Gaby Janeth
2. Título profesional: Licenciada en Psicología
3. Grado académico: Magister en Gestión de los Servicios de la Salud
4. Filiación académica y/o profesional*: Centro de Salud La Natividad
5. Cargo en la institución donde labora: Psicóloga
6. Nombre del instrumento original: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes
7. Autor y año del instrumento original: David Olson y Howard Barnes, 1982
8. Título de la investigación: Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que asisten al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.
9. Investigador que solicita la validación: Bachiller en Psicología Eduardo Adolfo Morillo Morillo

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	Muy deficiente 0	Deficiente 1	Regular 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Excelente 5
1.CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible, además de no presentar faltas ortográficas.						X
2.OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados para la medición de conductas observables y tangibles.						X
3.PERTINENCIA	Los ítems tienen que ver con el tema del instrumento.						X
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización y secuencia lógica de los ítems.					X	
5.SUFICIENCIA	Considera que tiene suficiente cantidad de ítems para consolidar el concepto general.						X
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar el constructo bajo una perspectiva científica.						X
7.CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre los ítems.						X
8.ENGRANAJE CONTEXTUAL	Entre los indicadores y/o las dimensiones; además entre la teoría y demás categorías.					X	
9.METODOLOGÍA	El proceso de elaboración del instrumento original, responde al Método Científico.						X
10.CALIDAD	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.						X
SUBTOTAL						8	40
TOTAL							48

PUNTUACIÓN DE VALIDACIÓN: 48

0 a 10 = Muy deficiente

11 a 20 = Deficiente

21 a 30 = Regular

31 a 40 = Bueno

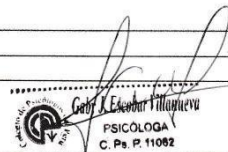
41 a 50 = Muy bueno

CATEGORÍA DE VALIDACIÓN: Muy bueno

OPINION DE APLICABILIDAD: Aplicable (x) No aplicable () Aplicable después de corregir lo siguiente ()

Lugar y fecha: Tacna, 16 de julio del 2024

Teléfono N° 937518724


PSICÓLOGA
C. Ps. P. 11062

Firma del experto informante

DNI: 41154761

Colegiatura: 11062

Fecha: / /

*Donde labora y que funciones principales realiza

NOTA: Se adjunta instrumento y matriz de consistencia

JUICIO DE EXPERTOS EN APLICACIÓN PRESENCIAL

III. DATOS GENERALES:

10. Apellidos y nombres del juez experto: Escobar Villanueva Gabby Joneth
11. Título profesional: Licenciada en Psicología
12. Grado académico: Magister en Gestión de los Servicios de la Salud
13. Filiación académica y/o profesional*: Centro de Salud La Natividad
14. Cargo en la institución donde labora: Psicóloga
15. Nombre del instrumento original: Cuestionario de Autoconcepto Forma 5 - AFS
16. Autor y año del instrumento original: Fernando García y Gonzalo Musitu, 1999
17. Título de la investigación: Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al Centro de Salud La Natividad, Tarma, 2024
18. Investigador que solicita la validación: Bachiller en Psicología Eduardo Adolfo Murillo Murillo

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	Muy deficiente 0	Deficiente 1	Regular 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Excelente 5
1.CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible, además de no presentar faltas ortográficas.						X
2.OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados para la medición de conductas observables y tangibles.						X
3.PERTINENCIA	Los ítems tienen que ver con el tema del instrumento.						X
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización y secuencia lógica de los ítems.					X	
5.SUFICIENCIA	Considera que tiene suficiente cantidad de ítems para consolidar el concepto general.						X
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar el constructo bajo una perspectiva científica.						X
7.CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre los ítems.						X
8.ENGRANAJE CONTEXTUAL	Entre los indicadores y/o las dimensiones; además entre la teoría y demás categorías.					X	
9.METODOLOGÍA	El proceso de elaboración del instrumento original, responde al Método Científico.						X
10.CALIDAD	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.						X
SUBTOTAL						8	40
TOTAL							48

PUNTUACIÓN DE VALIDACIÓN: 48

0 a 10 = Muy deficiente

11 a 20 = Deficiente

21 a 30 = Regular

31 a 40 = Bueno

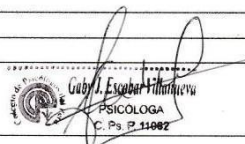
41 a 50 = Muy bueno

CATEGORÍA DE VALIDACIÓN: muy bueno

OPINION DE APLICABILIDAD: Aplicable (x) No aplicable () Aplicable después de corregir lo siguiente ()

Lugar y fecha: Tacna, 16 de julio del 2024

Teléfono N° 937 518724


Firma del experto informante

DNI: 41154761

Colegiatura: 11062

Fecha: / /

*Donde labora y que funciones principales realiza

NOTA: Se adjunta instrumento y matriz de consistencia

JUICIO DE EXPERTOS EN APLICACIÓN PRESENCIAL

III. DATOS GENERALES:

10. Apellidos y nombres del juez experto: Lopez Escobar Luzberta
 11. Título profesional: Licenciada en enfermería
 12. Grado académico: Maestría en Salud pública
 13. Filiación académica y/o profesional*: Centro de Salud La Natividad
 14. Cargo en la institución donde labora: Enfermera
 15. Nombre del instrumento original: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes
 16. Autor y año del instrumento original: David Olson y Howard Barnes, 1982
 17. Título de la investigación: Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que asisten al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.
 18. Investigador que solicita la validación: Bachiller en Psicología: Eduardo Adolfo Murillo Murillo

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	Muy deficiente 0	Deficiente 1	Regular 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Excelente 5
1.CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible, además de no presentar faltas ortográficas.						X
2.OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados para la medición de conductas observables y tangibles.						X
3.PERTINENCIA	Los ítems tienen que ver con el tema del instrumento.						X
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización y secuencia lógica de los ítems.						X
5.SUFICIENCIA	Considera que tiene suficiente cantidad de ítems para consolidar el concepto general.				X		
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar el constructo bajo una perspectiva científica.					X	
7.CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre los ítems.						X
8.ENGRANAJE CONTEXTUAL	Entre los indicadores y/o las dimensiones; además entre la teoría y demás categorías.						X
9.METODOLOGÍA	El proceso de elaboración del instrumento original, responde al Método Científico.						X
10.CALIDAD	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.						X
SUBTOTAL					3	4	40
TOTAL							47

PUNTUACIÓN DE VALIDACIÓN: 47

0 a 10 = Muy deficiente

11 a 20 = Deficiente

21 a 30 = Regular

31 a 40 = Bueno

41 a 50 = Muy bueno

CATEGORÍA DE VALIDACIÓN: Muy bueno

OPINION DE APLICABILIDAD: Aplicable (x) No aplicable () Aplicable después de corregir lo siguiente ()

Lugar y fecha: Tacna, 08 de Julio del 2024

Teléfono N° 955106485


Firma del experto informante
DNI: 00507988
Colegiatura: 15819

Fecha: / /

*Donde labora y que funciones principales realiza

NOTA: Se adjunta instrumento y matriz de consistencia

JUICIO DE EXPERTOS EN APLICACIÓN PRESENCIAL

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres del juez experto: Lopez Escobar Luzberta
2. Título profesional: Licenciada en Enfermería
3. Grado académico: Magister en Salud Pública
4. Filiación académica y/o profesional*: Centro de Salud La Natividad
5. Cargo en la institución donde labora: Enfermera
6. Nombre del instrumento original: Cuestionario de Autoconcepto Forma 5- AFS
7. Autor y año del instrumento original: Fernando García y Gonzalo Musitu, 1999
8. Título de la investigación: Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que asisten al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.
9. Investigador que solicita la validación: Bachiller en Psicología: Eduardo Adolfo Murillo Murillo

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	Muy deficiente 0	Deficiente 1	Regular 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Excelente 5
1.CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible, además de no presentar faltas ortográficas.						X
2.OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados para la medición de conductas observables y tangibles.						X
3.PERTINENCIA	Los ítems tienen que ver con el tema del instrumento.						X
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización y secuencia lógica de los ítems.						
5.SUFICIENCIA	Considera que tiene suficiente cantidad de ítems para consolidar el concepto general.					X	
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar el constructo bajo una perspectiva científica.						X
7.CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre los ítems.					X	
8.ENGRANAJE CONTEXTUAL	Entre los indicadores y/o las dimensiones; además entre la teoría y demás categorías.						X
9.METODOLOGÍA	El proceso de elaboración del instrumento original, responde al Método Científico.						X
10.CALIDAD	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					X	
SUBTOTAL						12	30
TOTAL							42

PUNTUACIÓN DE VALIDACIÓN: 42

0 a 10 = Muy deficiente

11 a 20 = Deficiente

21 a 30 = Regular

31 a 40 = Bueno

41 a 50 = Muy bueno

CATEGORÍA DE VALIDACIÓN: Muy bueno

OPINION DE APLICABILIDAD: Aplicable (X) No aplicable () Aplicable después de corregir lo siguiente ()

Lugar y fecha: Tacna, 08 de Julio del 2024

Teléfono N° 955 10 6785


Firma del experto informante
DNI: 00507988
Colegiatura: 15819

Fecha: / /

*Donde labora y que funciones principales realiza

NOTA: Se adjunta instrumento y matriz de consistencia

JUICIO DE EXPERTOS EN APLICACIÓN PRESENCIAL

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres del juez experto: Herrera Grandarillas Juan Laurency
2. Título profesional: Licenciado en Trabajo Social
3. Grado académico: Maestría en Administración y Gestión Estratégica
4. Filiación académica y/o profesional*: Centro de Salud La Natividad
5. Cargo en la institución donde labora: Trabajador Social
6. Nombre del instrumento original: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes
7. Autor y año del instrumento original: David Olson y Howard Barnes, 1982
8. Título de la investigación: Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que asisten al Centro de Salud La Natividad, Tacna 2024.
9. Investigador que solicita la validación: Bachiller en Psicología Eduardo Adolfo Murillo Murillo

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS	Muy deficiente 0	Deficiente 1	Regular 2	Bueno 3	Muy bueno 4	Excelente 5
1.CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible, además de no presentar faltas ortográficas.						X
2.OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados para la medición de conductas observables y tangibles.					X	
3.PERTINENCIA	Los ítems tienen que ver con el tema del instrumento.						X
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización y secuencia lógica de los ítems.						X
5.SUFICIENCIA	Considera que tiene suficiente cantidad de ítems para consolidar el concepto general.				X		
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar el constructo bajo una perspectiva científica.						X
7.CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre los ítems.						X
8.ENGRANAJE CONTEXTUAL	Entre los indicadores y/o las dimensiones; además entre la teoría y demás categorías.					X	
9.METODOLOGÍA	El proceso de elaboración del instrumento original, responde al Método Científico.						X
10.CALIDAD	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					X	
SUBTOTAL					3	12	30
TOTAL						45	

PUNTUACIÓN DE VALIDACIÓN: 47

0 a 10 = Muy deficiente

11 a 20 = Deficiente

21 a 30 = Regular

31 a 40 = Bueno

41 a 50 = Muy bueno

CATEGORÍA DE VALIDACIÓN: Muy bueno

OPINION DE APLICABILIDAD: Aplicable (X) No aplicable () Aplicable después de corregir lo siguiente ()

Lugar y fecha: Tacna, 11 de julio del 2024

Teléfono N° 988292557

Firma del experto informante

DNI: 00499791

Colegiatura: 7870

Fecha: / /

*Donde labora y que funciones principales realiza

NOTA: Se adjunta instrumento y matriz de consistencia

ANEXO 4

Data estadística

Tabla 32

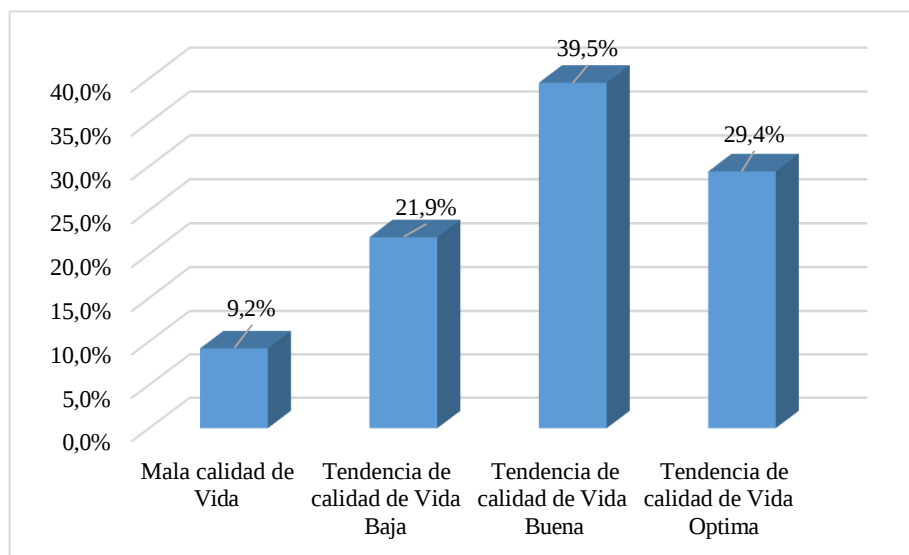
Dimensión Hogar y Bienestar Económico de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Hogar y Bienestar Económico	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de Vida	11	9,2%
Tendencia de calidad de Vida Baja	26	21,9%
Tendencia de calidad de Vida Buena	47	39,5%
Tendencia de calidad de Vida Optima	35	29,4%
Total	119	100,0%

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 21

Dimensión Hogar y Bienestar Económico de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Hogar y Bienestar Económico.

La Tabla 32 y la Figura 21, según Dimensión Hogar y Bienestar Económico, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 39,5% en la tendencia de calidad de vida buena, seguido de un 29.4% se observa una tendencia de la calidad de vida optima, el 21,9% de los encuestados responden una tendencia de calidad de vida baja y el 9,2% se observa una mala calidad de vida.

Tabla 33

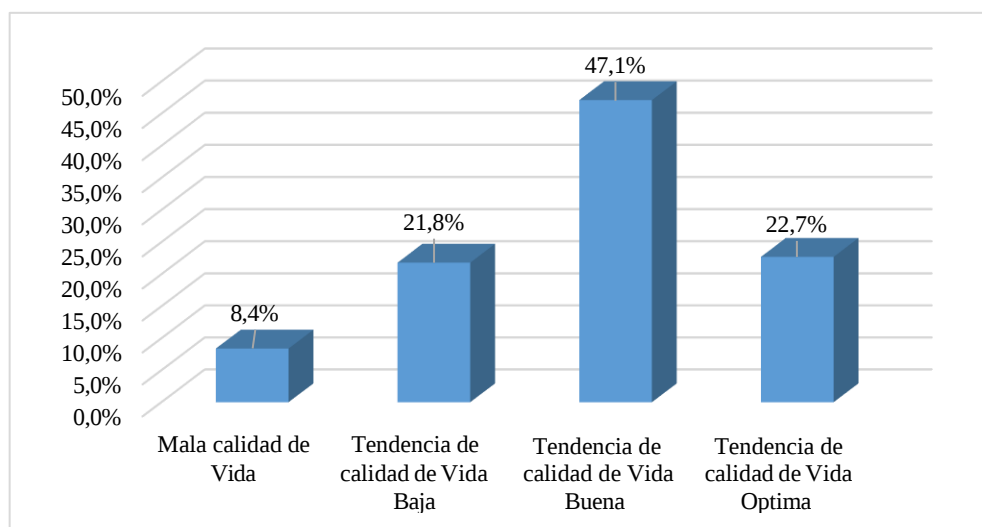
Dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Amigos, Vecindario y Comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de Vida	10	8,4%
Tendencia de calidad de Vida Baja	26	21,8%
Tendencia de calidad de Vida Buena	56	47,1%
Tendencia de calidad de Vida Optima	27	22,7%
Total	119	100,0%

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 22

Dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad.

En la tabla 33 y figura 22, según Dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 47,1% en la tendencia de calidad de vida buena, seguido de un 22,7% se observa una tendencia de la calidad de vida optima, el 21,8% de los encuestados responden una tendencia de calidad de vida baja y el 8,4% se observa una mala calidad de vida.

Tabla 34

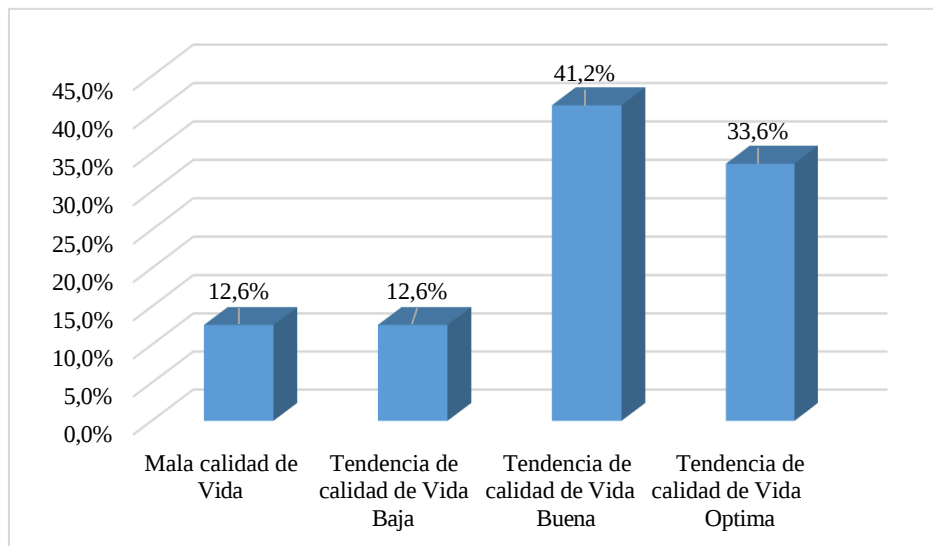
Dimensión Vida Familiar y Familia Extensa de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Vida Familiar y Familia Extensa	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de Vida	15	12,6%
Tendencia de calidad de Vida Baja	15	12,6%
Tendencia de calidad de Vida Buena	49	41,2%
Tendencia de calidad de Vida Optima	40	33,6%
Total	119	100,0%

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 23

Dimensión Vida Familiar y Familia Extensa de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Vida Familiar y Familia Extensa.

En la tabla 34 y figura 23, según Dimensión Vida Familiar y Familia Extensa, reúnen los indicadores, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 41,2% en la tendencia de calidad de vida buena, seguido de un 33,6% se observa una tendencia de la calidad de vida optima, el 12,6% se observa una tendencia de calidad de vida baja y una mala calidad de vida.

Tabla 35

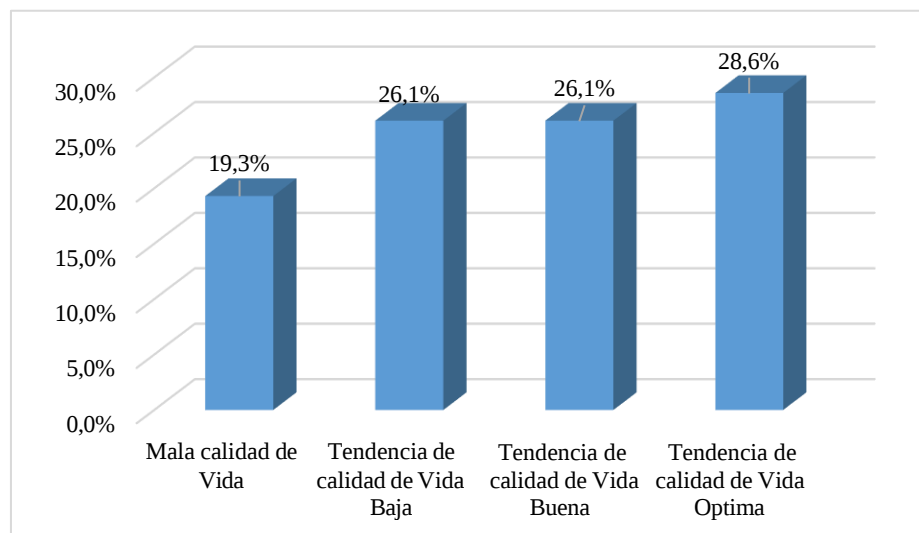
Dimensión Educación y Ocio de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Educación y Ocio	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de Vida	23	19,3%
Tendencia de calidad de Vida Baja	31	26,1%
Tendencia de calidad de Vida Buena	31	26,1%
Tendencia de calidad de Vida Optima	34	28,6%
Total	119	100,0%

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 24

Dimensión Educación y Ocio de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Educación y Ocio.

En la tabla 35 y figura 24, según Dimensión Educación y Ocio, reúnen los indicadores, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 28,6% en la tendencia de calidad de vida optima, seguido de un 26,1% se observa una tendencia de la calidad de vida buena y baja, el 19,3% se observa una tendencia de mala calidad de vida.

Tabla 36

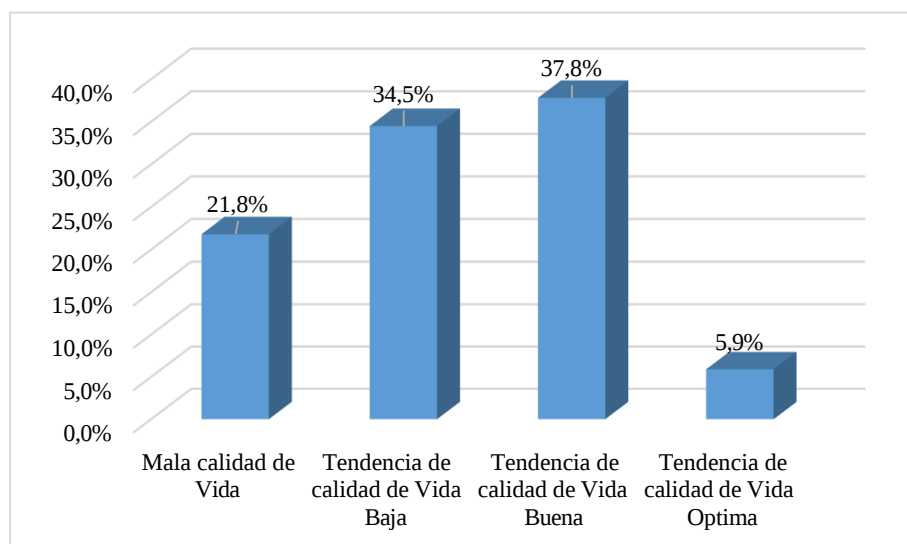
Dimensión Medios de Comunicación de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Medios de Comunicación	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de Vida	26	21,8%
Tendencia de calidad de Vida Baja	41	34,5%
Tendencia de calidad de Vida Buena	45	37,8%
Tendencia de calidad de Vida Optima	7	5,9%
Total	119	100,0%

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 25

Dimensión Medios de Comunicación de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Medios de Comunicación.

En la tabla 36 y figura 25, según Dimensión Medios de Comunicación, reúnen los indicadores, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 37,8% en la tendencia de calidad de vida buena, seguido de un 34,5% se observa una tendencia de la calidad de vida baja, el 21,8% se observa que tiene mala calidad de vida y el 5,9% se observa una tendencia de calidad de vida optima.

Tabla 37

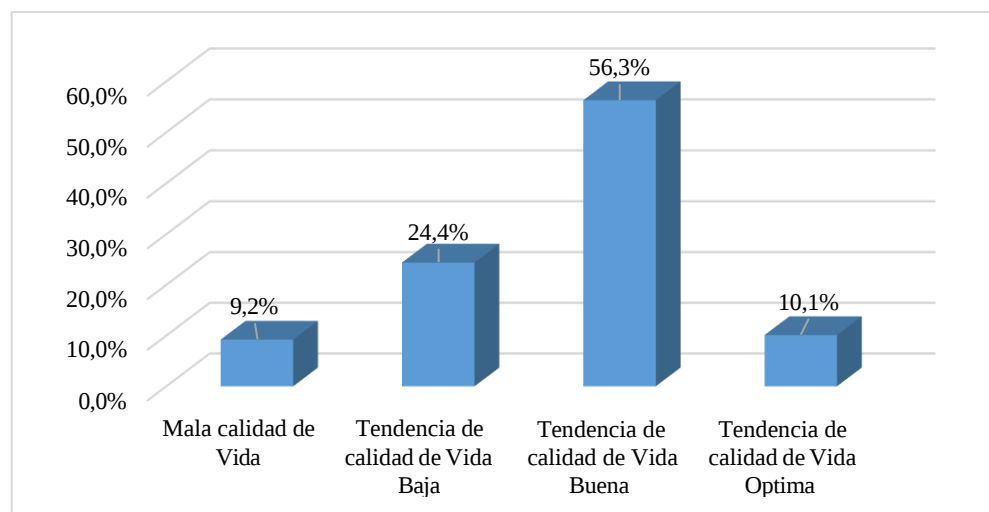
Dimensión Religión de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de Vida	11	9,2%
Tendencia de calidad de Vida Baja	29	24,4%
Tendencia de calidad de Vida Buena	67	56,3%
Tendencia de calidad de Vida Optima	12	10,1%
Total	119	100,0%

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 26

Dimensión Religión de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Religión.

En la tabla 37 y figura 26, según Dimensión Religión, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 56,3% en la tendencia de calidad de vida buena, seguido de un 24,4% se observa una tendencia de la calidad de vida baja, el 10,1% se observa que tiene mala calidad de vida optima, finalmente el 9,2% se observa una tendencia de calidad de vida mala.

Tabla 38

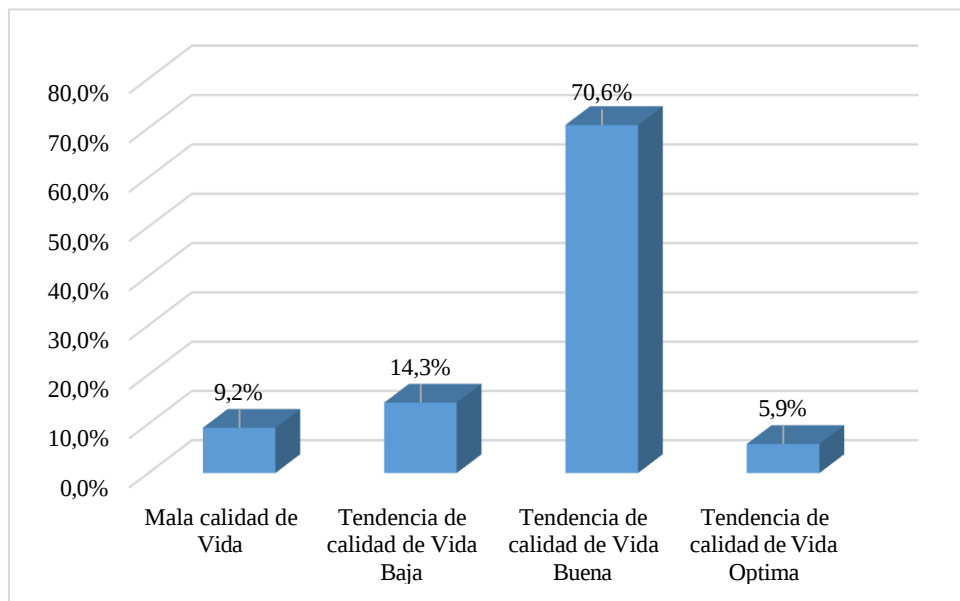
Dimensión Salud de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad

Salud	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de Vida	11	9,2%
Tendencia de calidad de Vida Baja	17	14,3%
Tendencia de calidad de Vida Buena	84	70,6%
Tendencia de calidad de Vida Optima	7	5,9%
Total	119	100,0%

Nota. Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 27

Dimensión Salud de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud La Natividad



Nota. El gráfico representa los resultados de la dimensión Salud.

En la tabla 38 y figura 27, según Dimensión Salud, reúnen en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados que acuden al centro de salud la Natividad, Tacna 2024, se observa una alta frecuencia del 70,6% en la tendencia de calidad de vida buena, seguido de un 14,3% se observa una tendencia de la calidad de vida baja, el 9,2% se observa que tiene mala calidad de vida, finalmente el 5,9% se observa una tendencia de calidad de vida optima.

ANEXO 5

BASE DE DATOS

Datos de la variable 2: Autoconcepto

N	P1	P2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P1 0	P1 1	P1 2	P1 3	P1 4	P1 5	P1 6	P1 7	P1 8	P1 9	P2 0	P2 1	P2 2	P2 3	P2 4	P2 5	P2 6	P2 7	P2 8	P2 9	P3 0
1	75	70	25	10	70	70	80	15	80	35	80	15	15	10	75	75	80	15	80	80	80	15	25	80	50	70	70	10	90	80
2	60	35	40	10	40	60	40	70	60	5	80	40	30	15	60	80	70	10	90	70	75	10	10	80	20	80	40	10	80	70
3	80	60	10	10	40	70	70	10	90	10	80	30	10	10	20	70	70	10	90	70	70	25	25	80	15	80	60	5	80	70
4	65	30	70	25	20	65	60	75	60	5	70	50	60	10	20	70	60	30	80	60	80	40	30	70	5	70	50	50	80	60
5	90	40	60	45	40	70	55	50	50	5	80	70	25	35	40	60	55	30	70	50	70	45	35	70	5	70	50	30	70	50
6	90	60	15	10	50	70	70	25	95	25	80	25	25	50	75	80	70	15	90	80	80	20	15	80	35	80	70	15	80	80
7	80	50	15	75	70	80	50	10	80	15	60	40	50	40	60	70	70	30	80	50	60	50	30	60	30	40	50	60	60	70
8	30	40	30	40	30	20	30	55	25	1	20	70	50	40	10	20	30	30	40	30	30	40	50	40	1	35	15	40	40	10
9	80	70	10	10	50	70	70	20	85	10	70	10	10	20	30	70	70	10	90	70	80	10	15	90	10	70	60	10	90	70
10	60	20	75	20	20	60	60	75	10	1	50	60	60	60	30	60	60	35	40	40	65	40	40	50	1	65	35	70	50	40
11	80	30	50	60	60	80	70	60	80	30	90	50	50	60	40	70	60	30	70	50	70	35	40	70	5	70	50	45	70	50
12	60	20	65	30	10	60	40	65	70	1	70	50	50	25	20	65	50	30	70	20	70	60	35	70	1	70	50	50	70	20
13	60	30	65	30	30	50	50	70	70	5	50	50	60	30	40	60	60	40	80	50	50	60	35	60	5	60	40	60	70	40
14	80	70	20	20	70	85	70	30	85	5	90	30	10	5	50	80	70	10	80	80	95	50	10	85	10	85	70	10	80	70
15	60	35	70	40	30	50	30	75	60	10	50	70	70	60	30	60	40	50	70	50	50	70	60	80	5	60	40	70	70	50
16	40	30	70	40	30	50	40	70	70	30	50	70	60	30	20	65	60	40	80	60	50	60	40	70	1	60	40	60	70	40
17	85	60	20	5	70	80	70	25	55	5	80	30	30	5	75	80	70	20	99	90	90	50	10	80	10	80	40	30	90	70
18	80	65	45	10	70	70	70	35	85	5	80	20	40	5	50	80	80	30	99	75	80	10	35	99	10	80	70	40	90	60
19	90	60	40	30	30	80	60	40	80	10	70	40	20	40	20	60	70	20	60	50	60	50	37	70	10	60	40	10	60	50

20	90	70	35	20	70	85	90	30	90	30	80	10	40	5	75	85	90	20	99	80	85	50	10	95	35	85	70	20	90	90
21	80	70	10	10	30	70	70	20	95	1	15	20	5	30	70	70	10	95	70	80	15	10	80	1	70	70	65	10	80	70
22	80	60	10	10	50	70	70	50	90	5	70	60	10	1	60	90	85	30	90	70	90	80	5	90	30	70	40	20	90	50
23	60	60	35	40	20	70	80	30	70	5	70	35	15	10	40	70	70	20	70	60	75	20	10	75	5	70	50	20	85	60
24	90	30	5	30	50	90	60	5	90	30	70	80	30	0	60	90	80	30	90	70	90	80	5	90	50	90	20	20	90	60
25	90	80	5	5	60	90	80	5	80	5	80	5	0	5	60	90	80	60	90	60	90	60	20	90	30	80	50	0	90	70
26	90	80	5	10	60	90	80	5	70	5	90	5	0	0	60	80	80	5	80	70	90	50	5	80	20	90	50	0	80	70
27	80	80	30	30	60	70	80	50	90	5	80	50	0	10	50	80	80	10	60	40	90	10	5	80	10	80	70	0	80	50
28	90	60	5	10	60	70	70	5	90	60	80	5	5	1	60	80	70	10	80	80	90	40	10	80	5	80	50	0	80	60
29	90	90	5	50	80	90	90	5	90	10	80	5	5	0	70	90	90	5	50	70	90	5	5	80	5	90	50	0	60	80
30	90	70	5	30	80	90	80	0	95	30	75	5	0	70	90	80	0	95	70	90	30	30	5	90	30	80	20	0	70	70
31	90	80	5	10	70	90	80	5	80	50	80	60	0	0	70	90	80	5	80	70	90	50	5	90	50	80	70	0	90	60
32	90	90	5	0	70	90	90	5	80	60	80	5	5	5	70	90	90	5	70	70	90	5	5	70	60	80	50	5	70	70
33	80	10	5	5	60	80	10	5	90	30	70	50	5	0	60	90	70	5	90	60	90	80	5	90	50	90	30	5	90	60
34	80	30	10	5	60	90	80	10	90	30	80	60	5	0	50	90	80	5	90	50	90	50	5	90	60	80	50	0	90	50
35	90	75	10	10	65	70	75	10	80	50	80	10	10	10	50	80	75	10	87	75	80	10	10	70	20	70	50	10	70	70
36	85	84	30	8	70	85	90	23	90	15	90	10	9	5	50	70	80	25	85	80	90	5	10	90	15	80	70	5	99	70
37	85	80	25	10	30	80	80	15	90	5	80	10	10	1	55	90	95	20	90	70	80	20	20	90	5	90	70	10	80	65
38	80	50	35	30	60	60	20	25	85	5	75	30	25	20	50	70	70	50	80	50	70	35	25	85	5	65	35	15	75	60
39	90	65	35	25	75	85	80	20	90	10	75	15	10	1	75	80	70	25	95	70	90	20	30	90	25	80	70	20	95	70
40	40	20	35	30	26	45	60	55	65	1	60	40	40	30	20	70	60	40	75	60	65	40	40	70	1	60	40	40	75	45
41	80	50	40	15	60	75	60	30	75	5	75	30	30	10	65	75	65	20	90	70	80	30	25	85	10	80	50	20	90	65
42	80	70	15	10	50	70	70	10	90	1	70	20	10	5	50	70	70	10	90	65	80	15	20	90	1	70	70	15	90	65
43	40	50	60	30	40	50	60	50	60	1	60	70	60	40	20	60	60	30	75	50	40	60	40	60	1	60	30	30	70	50
44	60	70	30	15	45	70	75	35	85	60	75	20	20	10	65	80	70	10	90	70	75	10	20	80	40	70	50	30	80	60
45	90	50	20	20	60	80	60	20	80	20	85	40	15	10	65	80	65	20	90	70	80	40	20	80	20	80	50	25	80	70

46	90	70	20	25	70	85	80	15	90	30	70	15	20	10	70	80	80	10	95	80	85	10	10	95	35	80	70	10	95	80
47	70	60	60	30	10	70	60	50	50	1	60	65	40	10	20	70	70	10	80	70	70	30	20	70	5	70	50	40	70	60
48	90	70	20	10	60	85	70	20	80	5	80	25	25	5	65	70	80	20	99	75	90	25	20	90	5	80	60	10	85	70
49	90	70	20	10	60	85	70	20	80	5	80	25	25	5	65	70	80	20	99	75	90	25	20	90	5	80	60	10	85	70
50	80	50	20	10	10	80	60	20	90	20	80	40	10	5	25	70	70	20	90	70	80	20	30	80	15	80	70	20	70	70
51	80	60	25	5	35	85	70	20	85	5	80	50	35	5	35	70	70	30	30	70	80	30	20	80	5	80	65	25	80	70
52	50	30	70	20	50	50	40	70	25	30	60	70	50	40	20	60	60	35	50	40	50	40	50	50	1	60	30	70	60	40
53	80	30	50	10	70	90	50	60	50	20	80	80	80	5	60	90	90	5	90	70	80	70	10	90	30	70	40	40	80	60
54	80	50	10	5	30	80	70	5	90	30	50	50	5	0	70	90	80	30	90	70	80	80	0	90	20	70	20	0	90	60
55	80	70	10	5	60	80	80	5	90	50	90	30	10	5	50	80	80	5	90	60	80	70	5	90	5	70	70	5	90	60
56	70	20	10	5	50	80	50	10	90	60	70	70	5	5	50	90	80	5	90	80	80	70	5	90	5	70	30	10	90	60
57	50	30	75	5	30	50	30	40	40	30	70	70	30	60	40	50	30	40	30	20	30	60	30	60	50	50	30	45	60	30
58	80	75	10	5	65	75	50	10	70	15	75	40	20	20	50	75	70	10	75	70	80	30	20	80	15	70	40	10	80	50
59	90	50	35	10	40	90	80	20	90	5	80	50	30	5	25	90	80	10	90	60	90	30	10	80	5	80	60	15	80	70
60	90	60	25	30	80	75	60	20	80	10	80	50	25	1	20	80	60	10	39	70	85	25	15	80	1	80	60	10	80	70
61	90	80	25	5	25	90	80	10	90	5	90	5	10	5	50	90	90	10	99	90	5	5	95	5	90	80	10	80	90	10
62	90	60	30	50	70	60	50	30	90	1	65	70	60	50	50	80	80	20	80	60	80	50	25	80	5	55	40	40	70	70
63	80	40	50	45	60	70	50	30	90	1	80	60	75	25	50	65	70	20	70	50	70	35	35	80	0	65	40	20	60	60
64	80	70	20	5	45	80	70	10	99	5	90	25	10	1	25	75	35	10	99	75	85	25	10	80	5	25	5	10	80	70
65	90	70	20	15	70	75	75	20	90	15	80	10	10	20	75	30	70	10	45	90	80	45	90	95	25	70	60	10	90	80
66	90	25	90	1	92	95	10	10	95	1	80	95	10	10	90	95	80	10	90	90	90	95	10	45	10	90	10	90	90	5
67	70	15	90	80	1	70	50	80	80	1	80	10	70	30	5	70	40	50	60	40	70	70	50	60	1	60	60	70	50	5
68	70	40	75	20	30	70	50	70	50	70	50	1	80	60	60	45	10	60	50	30	60	50	70	40	35	60	1	60	40	50
69	90	60	20	10	60	80	70	30	95	35	90	20	20	10	60	65	70	40	99	40	45	25	20	80	30	80	70	20	95	80
70	50	40	40	10	20	60	30	60	1	60	50	15	5	10	60	50	10	65	50	60	10	15	60	5	65	40	15	60	50	50
71	90	70	20	5	60	70	70	15	85	25	70	10	10	5	70	70	70	20	90	80	80	25	25	80	25	80	70	10	80	70

72	70	50	30	35	20	70	60	20	80	5	80	50	15	20	30	60	60	10	80	90	70	10	20	70	5	70	50	20	70	40
73	80	40	45	25	30	70	50	30	75	5	70	40	20	20	20	60	60	15	80	60	70	20	20	70	20	65	50	25	70	60
74	90	80	20	5	85	80	80	10	90	15	80	10	10	5	70	80	90	10	90	80	80	10	10	80	20	80	80	10	90	80
75	80	50	15	40	40	60	60	20	75	20	85	35	10	40	30	60	50	10	70	60	70	75	30	80	20	70	60	10	70	30
76	90	80	10	20	70	90	80	10	80	0	90	10	5	5	80	90	90	10	90	80	90	50	5	90	80	90	90	5	90	80
77	80	40	15	1	70	70	70	15	90	1	75	40	20	5	60	80	70	10	99	80	80	25	10	90	20	80	65	10	80	80
78	75	60	25	5	40	75	70	25	95	10	80	10	25	10	40	80	70	10	99	75	80	20	10	90	5	80	60	10	90	70
79	95	70	10	30	40	70	70	20	90	30	90	20	10	10	40	70	80	10	90	70	90	10	20	80	20	70	10	70	50	60
80	60	40	40	10	20	60	60	40	70	1	60	50	30	10	30	70	70	10	90	60	60	30	20	80	1	70	40	30	80	60
81	90	70	10	25	50	70	70	10	90	10	80	20	20	5	40	70	70	10	90	70	70	10	20	80	10	70	70	10	80	70
82	90	70	30	10	50	80	80	35	90	5	90	20	35	20	50	70	80	15	80	70	80	20	10	70	10	80	65	20	80	70
83	95	80	40	5	65	90	90	30	95	10	80	20	20	1	50	80	80	20	99	80	90	10	10	90	10	80	60	10	80	80
84	70	40	70	10	20	70	40	70	20	5	80	50	60	35	10	70	50	35	50	40	70	60	35	70	1	70	40	70	50	40
85	65	40	40	10	40	70	70	40	90	1	70	60	50	10	60	85	70	20	90	80	70	40	20	80	1	70	50	30	80	60
86	5	15	42	40	50	60	80	50	70	30	40	70	60	50	70	80	60	60	70	80	60	60	50	70	80	50	60	30	70	50
87	70	25	30	10	5	70	30	5	80	1	70	25	20	5	20	70	60	40	80	50	70	20	20	75	1	70	40	40	80	60
88	10	25	60	50	15	10	55	73	50	1	16	79	75	45	20	30	45	50	65	45	30	60	50	1	1	30	20	50	60	10
89	90	10	5	10	50	80	50	5	90	30	80	80	5	5	50	80	70	5	80	60	90	80	10	80	30	80	10	5	80	50
90	90	30	10	5	30	90	30	15	80	5	70	30	10	25	5	80	90	5	60	70	95	30	20	70	5	90	30	5	80	40
91	95	90	10	95	80	95	90	1	95	5	80	10	5	5	80	95	90	5	90	90	95	80	5	90	5	95	80	5	90	80
92	80	10	10	10	60	90	10	80	94	5	5	95	60	5	80	95	80	5	95	90	90	90	5	95	5	90	5	5	95	50
93	95	80	90	5	80	90	90	10	95	15	10	80	10	5	80	95	95	95	80	95	20	10	90	80	90	90	30	90	90	90
94	80	60	50	40	30	60	90	10	50	40	35	5	40	70	80	40	20	95	70	90	30	15	95	10	70	45	10	90	70	90
95	90	60	30	5	5	95	70	30	80	5	90	80	20	10	20	80	80	15	80	40	85	20	20	80	5	80	60	60	70	40
96	60	25	50	30	10	40	50	40	80	1	20	70	70	25	10	80	90	70	80	30	60	80	15	60	60	10	90	80	80	70
97	90	80	5	5	5	90	85	5	90	5	10	5	10	90	90	5	90	80	90	10	10	99	5	90	80	5	95	80	80	70

98	70	60	50	25	5	70	70	50	90	1	60	75	50	10	10	30	50	40	50	30	60	50	35	50	5	70	50	50	50	30
99	90	25	25	90	80	50	90	1	10	25	90	1	60	95	90	5	95	90	80	90	25	90	5	90	10	50	90	70	80	95
100	95	95	25	1	80	99	95	80	95	25	90	90	10	1	90	95	95	10	95	95	95	80	1	95	50	95	50	10	95	95
101	70	50	50	20	40	80	40	50	60	10	85	35	40	40	40	80	70	30	65	40	70	40	45	60	10	70	30	40	60	40
102	80	60	40	15	55	80	70	35	85	5	85	20	40	5	60	70	65	40	90	70	80	10	20	70	5	70	40	30	70	65
103	95	80	35	10	80	90	80	20	90	25	85	80	30	1	80	80	80	10	99	80	85	10	25	80	30	60	60	15	80	55
104	80	50	20	10	45	80	60	20	90	10	80	50	15	5	45	75	70	10	90	70	80	35	20	90	15	80	50	10	90	60
105	80	40	30	15	35	70	55	25	95	10	80	35	30	5	40	70	70	15	90	80	80	25	10	90	10	80	50	10	80	80
106	80	50	30	5	65	70	70	25	70	10	80	20	20	1	60	70	70	10	80	70	80	30	15	50	10	80	65	10	70	80
107	90	60	20	5	50	80	70	15	90	10	80	10	1	70	80	80	10	99	70	90	10	15	80	15	90	80	70	15	80	70
108	70	45	30	10	35	70	60	30	90	1	80	20	35	10	20	80	70	10	95	60	80	35	20	80	5	70	50	15	80	60
109	80	50	25	5	50	70	70	25	95	10	80	20	10	5	60	70	70	20	90	80	80	35	20	80	20	70	65	10	80	70
110	65	40	50	40	30	70	60	40	70	5	75	40	40	35	40	70	60	20	70	60	70	30	30	70	10	70	50	30	70	60
111	95	80	10	20	80	80	90	25	90	30	80	80	20	1	80	80	85	10	95	90	90	10	10	90	50	90	80	10	90	90
112	40	30	60	40	50	50	65	45	70	5	50	65	40	20	40	70	70	30	80	70	50	50	30	80	5	80	40	40	80	50
113	70	50	40	10	50	70	65	50	70	5	75	50	35	30	60	60	60	20	80	60	70	45	35	80	10	60	40	20	80	60
114	95	10	10	10	80	95	80	20	95	10	50	50	30	5	80	95	90	5	90	90	95	99	90	95	15	90	10	10	95	80
115	80	10	40	20	50	40	60	20	75	60	70	60	60	30	40	60	50	30	80	90	70	80	90	80	60	90	40	50	80	70
116	95	80	5	5	5	90	90	10	95	5	80	5	5	5	10	90	80	10	95	70	90	60	5	90	5	90	80	5	90	60
117	90	90	5	95	90	95	90	10	95	10	80	10	10	5	70	95	90	80	95	95	95	90	5	95	5	95	90	5	95	90
118	90	50	95	1	70	80	70	90	95	80	5	80	95	1	90	95	80	5	95	80	95	90	1	90	50	90	80	20	95	80
119	80	25	90	90	10	50	25	80	50	5	80	90	90	50	20	25	20	90	80	25	60	90	90	90	20	50	10	90	80	20

Datos de la variable 1: Calidad de Vida

N	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25
1	3	4	3	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	4	5	4	5
2	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	5	5	4	4	2	2	4	3	4	4	4	4	4	3	4
3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
4	2	3	3	1	2	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	4	2	2
5	3	2	3	2	3	3	4	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	4	3	2	4	2	4
6	5	4	4	3	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5
7	4	4	5	3	3	3	4	3	3	3	5	5	5	5	5	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4
8	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	3	3	1	2	1	4	2	3	3	1	3	3	1	2	2
9	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4
10	2	3	4	1	1	4	4	4	4	4	2	2	1	2	1	2	3	2	3	3	2	3	5	3	4
11	2	3	3	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	4	2	4	4
12	3	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	2	2	2	2	4	4	2	4
13	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	1	2	3	3	3	4	4	4	4	3	4
14	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	5	4	4
15	3	3	2	1	1	3	4	4	3	3	4	3	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4	2	2
16	4	3	3	1	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3
17	5	4	5	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4
18	4	3	4	2	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
19	3	3	3	2	2	4	3	3	2	2	4	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	4	4	1	3
20	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
21	4	3	4	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4
22	3	3	3	3	1	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3	4	4

23	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4
24	4	4	3	1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	3	3	3	2	1	2	3	3	4	4
25	3	4	3	1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	3	3	3	2	1	2	3	3	4	4
26	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	1	2	2	2	4	4
27	2	2	2	1	2	2	3	4	3	4	2	3	3	3	1	2	3	2	2	2	2	4	4	4	4
28	2	3	3	1	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	1	2	2	3	1	1	3	2	2	3	3
29	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	1	1	2	3	3	4	4
30	4	4	4	2	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	3	3	3	2	1	2	4	4	4	4
31	4	4	4	2	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	2	2	2	4	4	3	4
32	3	4	3	1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	4
33	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3
34	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	4
35	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	1	3	3	3	2	1	1	3	3	2	4
36	4	4	3	2	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	2	3	4	2	3	4	3	4	4	4	4
37	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4
38	4	4	4	2	3	4	4	4	3	4	5	4	4	5	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4
39	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	2	3	3	2	2	2	4	2	4	4
40	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
41	4	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	4	3	3	4	2	1	2	2	2	2	3	3	3	4
42	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4
43	4	4	4	2	4	5	5	4	5	5	5	5	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
44	3	3	4	3	2	3	3	2	3	2	4	3	4	3	2	3	2	2	3	3	3	4	4	1	4
45	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4
46	3	4	3	3	2	4	4	4	3	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4
47	4	4	4	2	3	4	4	3	4	4	5	5	5	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5
48	3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	4	4	3	4	3	4	3	4	2	4

49	4	4	4	2	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
50	3	3	4	3	2	2	4	5	4	4	5	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	5
51	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	5	5	4	4	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4
52	3	2	2	1	1	2	3	3	3	3	1	2	2	3	1	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3
53	4	4	4	1	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4
54	3	3	3	1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	3	2	1	2	3	4	3	4
55	4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4
56	4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	2	4	4	3	4
57	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2
58	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	5	2	4	4	2	2	3	3	4	4	3	3
59	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	1	4	4	4	4	3	3	3	4	5
60	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
61	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	2	5	3	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4
62	3	1	2	2	2	4	3	3	4	3	2	3	1	2	1	1	3	4	2	3	2	2	3	3	2
63	3	2	3	2	2	4	4	4	4	4	2	3	2	3	1	1	3	3	3	3	3	4	4	3	4
64	4	4	4	2	3	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	5	5	4	4	4	4	5	5	3	5
65	3	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4
66	3	4	3	2	2	2	2	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	1	3	4	4	4	4
67	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2
68	2	2	2	1	1	4	4	3	3	2	3	1	2	2	1	1	2	2	3	3	4	3	4	1	4
69	4	3	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	4	5	4	4	5	3	5
70	3	3	2	1	1	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4
71	4	4	4	3	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
72	4	4	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4
73	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4
74	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	3	4	4	5

75	3	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	2	2	2	2	3	3	2	3	3	4	4
76	4	3	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4
77	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4
78	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
79	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	3	4	4	4	4	5	4	4
80	4	3	3	2	2	4	4	4	4	4	5	5	4	4	2	4	4	3	3	4	4	5	5	2	4
81	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4
82	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4
83	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5
84	3	2	2	1	1	3	4	3	3	4	2	2	3	3	1	2	2	3	3	3	4	3	4	1	4
85	3	2	3	1	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4
86	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	3	4	4	4	4	5	4	4
87	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	5	5	5	2	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4
88	3	2	3	1	1	2	3	2	3	3	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	2	4	4	1	3
89	2	2	2	1	2	2	4	3	3	3	3	4	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4
90	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	1	2	2	4	4	3	4
91	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	2	1	1	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4
92	3	4	3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	3	1	1	4	4	4	4
93	3	3	3	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	1	1	1	2	4	4	4	4
94	3	4	2	1	1	3	4	3	4	4	5	4	4	4	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4
95	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	1	4	4	4	4
96	4	4	4	1	2	3	2	3	3	3	4	4	4	4	1	2	3	3	1	1	1	3	3	1	3
97	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	1	1	2	3	3	4	4
98	4	2	3	1	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	1	3	2	4	4	3	4
99	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	4	3	3	1	1	1	4	4	3	4
100	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	1	1	4	4	4	3	3

101	2	3	3	2	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4
102	5	4	4	5	4	4	5	3	3	3	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	3	5
103	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	5	5	3	4	4	3	3	4	4	5	5	4	4
104	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	3	5
105	3	3	4	3	3	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	3	4	3	3	4	4	5	5	3	5
106	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	5	4	4	4	4	3	5	3	5
107	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	3	4
108	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	4	3	4	4	2	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4
109	4	4	4	3	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	5
110	4	3	3	2	3	3	4	3	2	3	3	3	4	3	2	2	3	3	2	3	3	3	4	2	4
111	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
112	1	2	1	1	1	2	2	3	2	3	3	4	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	4	1	3
113	2	3	2	2	2	4	4	3	3	3	4	3	4	3	2	3	3	2	2	3	3	5	5	3	4
114	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	1	1	2	4	4	4	4
115	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
116	4	3	4	1	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	2	2	2	3	2	3	2	4	4	4	4
117	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	1	3	3	3	4	3
118	3	4	3	1	2	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1	3	4	4	4	4	4
119	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2