



Universidad Andina del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



**Inteligencia emocional y Adherencia al tratamiento en
pacientes diabéticos que acuden al club de diabéticos
del Hospital Regional de Cusco, 2021.**

Tesis presentada por:

Bach. Sheshyra Koral Palomino Cjumo.

**Para optar el título profesional de
psicóloga**

Asesor: Dr. Ps. Gareth Del Castillo Estrada

ORCID: 0000-0001-8108-3802

Cusco – Perú

2022



Agradecimientos

A mi primer asesor el cual siempre estuvo apoyándome el profesor Manuel Jesús Ortega Zea por contribuir en las mejoras de la investigación, a la Mtra. Liliana Peña Farfán que ayudo mucho en poder terminar de forma correcta la investigación y al Dr. Ps. Gareth del Castillo Estrada.

A mis dictaminantes y replicantes que apoyaron con sus contribuciones a mejorar la investigación.

A mi casa de estudios, Universidad Andina del Cusco, a los docentes quienes estuvieron a lo largo de mi formación, apoyándome y orientándome en todo lo referente a mi profesión y haciendo de mí una persona de bien.

Al Dr. Marco Gamarra, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Regional y a los pacientes que apoyaron en esta investigación por su tiempo y voluntad en realizar las encuestas.

Sheshyra Koral



Dedicatoria

A nuestro creador y mis familiares quienes estuvieron día a día apoyándome en esta meta que hace que me convierta en una mejor profesional.

A mis padres Sonia y Cesar que son el motivo más grande de mi vida, quienes me motivan a que siga desarrollándome como buena persona y profesional, quienes en los momentos más difíciles de esta investigación estuvieron apoyándome y dándome la confianza para seguir hasta culminarla.

A mi abuelita María Salome, quien inicio dándome la esperanza y motivación de hacer este proyecto para seguir siendo una mejor profesional y ayudándome a superar cada obstáculo que tenía.

Sheshyra Koral



Jurado de tesis

Dr. Ps. Guido Américo Torres Castillo

Replicante – presidente

Dr. Ps. Ernesto Lucano Crisostomo

Dictaminante

Mtra. Ps. Dina Lizbeth Aparicio Jurado

Dictaminante

Dr. Ps. Gareth del Castillo Estrada

Replicante

Dr. Ps. Gareth del Castillo Estrada

Asesor



Índice

Capítulo I	Introducción	1
1.1	Planteamiento del problema	1
1.2	Formulación del problema.....	7
1.2.1	Problema general	7
1.2.2	Problemas específicos	7
1.3	Justificación.....	8
1.3.1	Conveniencia	8
1.3.2	Relevancia social	8
1.3.3	Implicancias prácticas	8
1.3.4	Valor teórico	9
1.3.5	Utilidad metodológica.....	9
1.4	Objetivos de la investigación.....	9
1.4.1	Objetivo general.....	9
1.4.2	Objetivos específicos	10
1.5	Delimitación del estudio.....	10
1.5.1	Delimitación espacial	10
1.5.2	Delimitación temporal.....	10
1.6	Viabilidad	11
1.7	Aspecto ético	11
Capítulo II	Marco Teórico.....	12
2.1	Antecedentes del estudio	12
2.1.1	Antecedentes internacionales.....	12



2.1.2	Antecedentes nacionales.....	16
2.1.3	Antecedentes Locales.....	19
2.2	Bases teóricas.....	20
2.2.1	Inteligencia emocional.....	20
2.2.2	Aproximaciones históricas al concepto de la inteligencia emocional.....	21
2.2.3	Modelos teóricos de la inteligencia emocional.....	24
2.2.4	Importancia de la inteligencia emociona en la diabetes.....	31
2.2.5	Adherencia al tratamiento médico.....	32
2.2.6	Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.....	34
2.2.7	Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento.....	36
2.2.8	Evaluación de la adherencia al tratamiento.....	36
2.2.9	Dimensiones de la Adherencia.....	37
2.2.10	Modelos explicativos de la adherencia al tratamiento.....	38
2.2.11	Diabetes.....	39
2.2.12	Programa nacional de prevención y control de la diabetes.....	41
2.2.13	Atención de la salud mental de diabéticos en el Perú.....	41
2.2.14	Salud mental del diabético.....	42
2.3	Hipótesis.....	43
2.3.1	Hipótesis general.....	43
2.3.2	Hipótesis específicas.....	44
2.4	Variables.....	45
2.4.1	Identificación de variables.....	45
2.4.2	Operacionalización de variables.....	46



2.5	Definición de términos básicos.....	52
Capítulo III	Método.....	53
3.1	Enfoque de la investigación	53
3.2	Alcance del estudio	53
3.3	Diseño de investigación	53
3.4	Población.....	54
3.5	Muestra.....	54
3.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	55
3.7	Validez y confiabilidad de instrumentos.....	60
3.8	Plan de análisis de datos.....	61
Capítulo IV	Resultados de la investigación	62
Capítulo V	Discusión	70
5.1	Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	70
5.2	Limitaciones del estudio.....	71
5.3	Comparación con la literatura existente.....	71
5.4	Implicancias del estudio	75
Conclusiones	76
Sugerencias		77
Bibliografía	78



Índice de tablas

Tabla 1 <i>Operacionalización de las variables</i>	46
Tabla 2 <i>Distribución de la población según sexo</i>	54
Tabla 3 <i>Cuadro Interpretativo del ICE</i>	58
Tabla 4 <i>Interpretación de los resultados: Interpretación de la prueba de Adherencia al tratamiento</i>	60
Tabla 5 <i>Nivel de inteligencia emocional</i>	62
Tabla 6 <i>Grado de adherencia al tratamiento</i>	63
Tabla 7 <i>Dimensión Intrapersonal y grado de Adherencia</i>	64
Tabla 8 <i>Dimensión Interpersonal y grado de Adherencia</i>	65
Tabla 9 <i>Dimensión Adaptabilidad y grado de Adherencia</i>	66
Tabla 10 <i>Dimensión Manejo de Estrés y grado de Adherencia</i>	67
Tabla 11 <i>Dimensión Estado de Ánimo en General y grado de Adherencia</i>	68
Tabla 12 <i>Dimensión Inteligencia Emocional y grado de Adherencia</i>	69



Índice de figuras

Figura 1 Modelos teóricas de inteligencia emocional de Salovey y Mayer (1997).....	26
Figura 2 Enfoque sistemático de los 15 subcomponentes de la inteligencia emocional y social del I-CE de BarOn.....	29
Figura 3 Los cinco factores según la Organización mundial de la Salud que hacen adherirse al tratamiento.	35
Figura 4 Nivel de inteligencia emocional.....	63
Figura 5 Grado de adherencia al tratamiento.....	64



Resumen

La investigación titulada “Inteligencia emocional y Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al servicio de endocrinología del Hospital Regional de Cusco 2021”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, tuvo un enfoque cuantitativo, con alcance correlacional y diseño no experimental transversal, su población estuvo conformada por 174 y la muestra fue de 120 pacientes obtenida por muestre probabilístico, se aplicó el inventario EQi-YV BarOn Emocional Quotient Inventory y el cuestionario de adherencia al tratamiento, la prueba estadística fue el chi cuadrado el mismo que permite ver la relación entre ambas variables; llegando a las siguientes conclusiones; muestran que existe relación entre la variable inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con un $(p=0.013)$; en la dimensión intrapersonal y adherencia al tratamiento se observa que existe relación con un valor $(p=0.023)$; en la dimensión interpersonal y el grado de adherencia al tratamiento se observa que si existe relación con un valor $(p=0.017)$; en la dimensión adaptabilidad y el grado de adherencia al tratamiento existe relación con un valor $(p=0.019)$; en la dimensión manejo de estrés y el grado de adherencia al tratamiento no existe relación significativa y por último en la dimensión estado de ánimo general y el grado de adherencia al tratamiento no existe relación significativa. (alcance descriptivo-correlacional)

Palabras Clave: Inteligencia Emocional, Adherencia al tratamiento, Insuficiencia Renal

Abstract

The research entitled "Emotional intelligence and adherence to treatment in diabetic patients who attend the endocrinology service of the Regional Hospital of Cusco 2021", whose objective was to determine the relationship between the level of emotional intelligence and the degree of adherence to treatment in diabetic patients who attend the diabetic club of the regional hospital of Cusco, 2021, had a quantitative approach, with correlational scope and non-experimental cross-sectional design, its population and sample was 120 patients, the EQi-YV BarOn Emotional Quotient Inventory was applied for the variable emotional intelligence and the Yulisa Molina treatment adherence questionnaire for the emotional intelligence variable. The results and conclusions show that there is a relationship between the emotional intelligence variable and the degree of adherence to treatment of patients with a $(p=0.013)$; In the intrapersonal dimension and adherence to treatment, it is observed that there is a relationship with a value $(p=0.023)$; In the interpersonal dimension and the degree of adherence to treatment, it is observed that there is a relationship with a value $(p=0.017)$; in the adaptability dimension and the degree of adherence to treatment there is a relationship with a value $(p=0.019)$; in the stress management dimension and the degree of adherence to treatment there is no significant relationship and finally in the dimension general state of mind and the degree of adherence to treatment there is no significant relationship.

Keywords: Emotional Intelligence, Adherence to treatment, Renal Insufficiency



Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La diabetes es una enfermedad no transmisible extendida a nivel mundial que se presenta de manera frecuente junto a distintas enfermedades degenerativas y que en muchos casos es parte de las estadísticas de morbilidad presentadas en personas de distintas edades a medida que transcurren los años, así la Federación Internacional de Diabetes (2019) indica que el número total de personas con diabetes de tipo 1 y 2, tanto diagnosticadas como sin diagnosticar, en personas de entre las edades de 20 y 79 años aumentó de 151 millones (4.6% de la población mundial hasta este momento es de 463 millones (9,3%) en la actualidad; en el mismo sentido la Organización Mundial de la Salud (2016), estima que a escala mundial 422 millones de adultos son diabéticos en el 2014, a comparación con los 108 millones en 1980. Desde este año la prevalencia mundial de la diabetes (ordenada por edades) ha ascendido a casi el doble del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Resultados que evidencian un incremento constante en las cifras de personas que padecen esta enfermedad y que es de especial preocupación para los sistemas de salud a nivel mundial, cifras que en la región no mejoran, según el reporte de la Federación Internacional de Diabetes donde en América del Sur y América Central se encuentra que 42% (13 millones) de las personas entre 20 y 79 años, tienen la enfermedad de la diabetes sin diagnosticar y 34 millones de adultos de entre 20 y 79 años tienen tolerancia anormal a la glucosa, ello alrededor del 10% de la población regional en este grupo de edad. (Federación Internacional de Diabetes, 2019). Estos datos reflejan el incremento de los factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad tales como el sobre peso y la obesidad, también se ha determinado que la prevalencia de la diabetes se desarrolla con más rapidez en los países de ingresos bajos y medianos que en los de alto ingreso, donde la diabetes causó 1,5 millones de muertes en el 2012 y 2,2 millones de muertes relacionadas a elevaciones de la glucemia que desencadenaron decesos por enfermedades cardiovasculares y de otro tipo, de estas muertes el 43% se produjeron antes de la edad de 70 años (OMS, 2020). En el Perú los adolescentes mayores de 15 años a más fueron diagnosticados con diabetes mellitus siendo así el 3.9% de la población en general, dándose en mayor condición en las mujeres con el (4,3%) que en los hombres (3,4%). Además, este porcentaje fue superior en el quintil de riqueza (5,5%) que en el



inferior (1,7%) resultado publicado por el ENDES 2019 (Instituto Nacional de estadística e Informática, 2019). Autores como Villena J. menciona que la diabetes afecta al 7% de la población peruana donde la diabetes tipo 2 representa el 96.8% de las visitas de pacientes ambulatorios con esta afección, la diabetes tipo 1 tiene una incidencia de 0,4/100.000 por año y la diabetes gestacional afecta el 16% de los embarazos. (Villena, 2015). Según el reporte de casos de diabetes en Cusco por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) entre el 2017 y 2019 los casos se incrementaron, mostrando así que en el 2017 los casos diagnosticados fueron 442, en el año 2018 fueron 674 y en el año 2019 se incrementó a 778 personas diagnosticadas con dicha enfermedad, donde en enero del 2019 fueron 16 los nuevos casos en el Hospital Regional del Cusco. (Ministerio de Salud, 2019).

El Hospital Regional de Cusco es inaugurado el 23 de Junio de 1954; actualmente es un establecimiento de salud de referencia regional de categoría III-1 que tiene más de 312 camas activas, 754 profesionales de salud; no médicos, administrativos, trabajadores entre médicos y técnicos que laboran en las diferentes áreas especializadas, atendiendo a una población intercultural muy variada (aymaras, quechuas, hispanos, machiguengas y otros grupos étnicos) que provienen de las diversas provincias, de Cusco y otras regiones, donde se les brinda atención especializada a la persona, con potencial humano con enfoque recuperativo y de rehabilitación, respetando las creencias y costumbres de todas las etapas de la vida del ser humano. (Hospital Regional del Cusco, 2020). Dentro del Manual de la Organización y Funciones (MOF) menciona que el establecimiento de salud cuenta con el servicio de endocrinología cuyas funciones son el de planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar todas las actividades administrativas, asistenciales, docentes de investigación, promoción y difusión, relacionadas al servicio de Endocrinología (Dirección Regional de Salud del Cusco, 2017). Es en este contexto se crea el Club de Diabéticos del Hospital Regional del Cusco, que es una instancia cuya finalidad es brindar apoyo médico, charlas psicoeducativas y actividades deportivas a los pacientes que son diagnosticados con diabetes para estimular su inteligencia emocional, donde a su vez se les brinda acceso a diferente información y material respecto a su salud y cuidado en la enfermedad que padecen, estas reuniones son dirigidas por el personal de salud pero también participan diversas entidades con programas definidos donde incluso conmemoran fechas importantes relacionadas a la diabetes y la concientización pertinente. En la actualidad hay un total de 174 pacientes mayores de edad, con diferentes



tiempos de padecimiento, que provienen de distintas zonas de la región, atendidos bajo 2 modalidades dentro del contexto de emergencia sanitaria provocada por el Covid-19, el primero denominado “Tu hospital en casa” que, bajo la modalidad telefónica brinda atención sobre las consultas de salud relacionadas al tratamiento, síntomas y otros en los horarios de 11:00 a 1:00 pm; la segunda modalidad que permite reservar cupos para una atención hospitalaria dentro de los horarios de 8:00 a 1:00 pm. Al vivir las condiciones restrictivas de emergencia de salud en esta pandemia, estos pacientes se vieron forzados a guardar cuarentenas debido a que son considerados población de riesgo, siendo afectados de forma significativa al no tener acceso a la medicación y tratamientos presenciales que tenían preestablecidos tiempo atrás para tratar su enfermedad, donde inclusive la atención recibida estaba limitada al asistir al hospital para recibir medicación y una asesoría psicológica para la inducción al cuidado de la enfermedad, guías sobre el tratamiento y apoyo emocional, pero al verse aislados, estos optan por la automedicación el cual por temas económicos, sociales, culturales, emocionales en muchos casos, interrumpen su tratamiento soslayando la adherencia al mismo.

Haciendo referencia a la primera variable de inteligencia emocional, autores como Salovey y Mayer (1990) y tiempo después Bar-On (1997) mencionan que la inteligencia emocional se refiere al conjunto de habilidades sociales, emocionales y conocimientos que influyen en nuestra capacidad general para afrontar las demandas de nuestro medio. Esta habilidad hace que el individuo logre ser una persona consciente, con un nivel de comprensión, expresar y controlar sus emociones de manera segura ante diferentes situaciones. En la misma línea teórica se mencionan cinco componentes del aspecto intrapersonal, la cual incluye la comprensión emocional de si mismos, la asertividad, el autoconcepto, autorrealización y la independencia; en el segundo componente se encuentra el aspecto de responsabilidad social, el aspecto interpersonal que implica la empatía sobre las personas y las relaciones interpersonales; el tercer componente implica la adaptabilidad que conlleva a tener la capacidad de resolver problemas, experiencia de la flexibilidad y la realidad de cada situación; como cuarto componente de este concepto se considera al manejo de estrés que conlleva el control de impulsos y tolerancia al estrés, finalmente, se considera el estado de ánimo general que implica la tener optimismo en determinadas situaciones adversas y felicidad de una persona. Es en este sentido que el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2019) menciona que las personas diagnosticadas con diabetes comienzan a presentar rasgos que con el tiempo de



enfermedad se va convirtiendo en una depresión para ellos, siendo así la probabilidad entre 2 y 3 veces mayor que una persona sin diagnóstico de diabetes. Por esta razón las personas con esta enfermedad solo entre el 25 y 50% de ellas reciben el diagnóstico y tratamiento adecuado para poder afrontar este problema psicológico, siendo así la terapia, medicamento o ambos. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorario Delgado – Hideyo Noguchi” (2020) en una nota de prensa del mismo año, nombra que los especialistas refieren que una persona con diabetes necesita practicar mucho más la relajación y a mantener las situaciones con tranquilidad, controlar el estrés y sus emociones en diversas situaciones adversas al día vivido. Si la persona se estresa, el cuerpo inmediatamente genera la hormona del estrés “el cortisol” la cual conlleva que se genere más producción de glucosa. Ahora también cuando se le es diagnosticado con depresión leve, uno de los síntomas; es que se descuide de su alimentación o incluso no tendrá ganas de comer sano, también será un problema el realizar actividades diarias y por ello su ciclo del sueño se verá alterado y estos síntomas podrían causar el no ir al control médico o no tomar su medicación en las horas que establece su tratamiento; poniendo en riesgo su salud y pudiendo complicarse mucho más la enfermedad. Si la depresión se hace más crónica, los síntomas aumentan y se ven afectados ya los pensamientos y también las motivaciones para el cuidado de su salud, empeorando así su diagnóstico. Al pasar momentos donde se sienten desanimados a realizar actividades es característico de ellas no cuidar su vida y esto es peor cuando son pacientes diabéticos que necesitan medicarse cuidando la hora establecida para que puedan tener un mejor estilo de vida.

En cuanto a la segunda variable Molina en el (2008) nombra que la adherencia al tratamiento es el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas sean estas de naturaleza médica o psicológica – conductual. Las dimensiones que nos permiten medir el fenómeno de adherencia están sujetas a lo dependiente del paciente, donde se especifica el cumplimiento al tratamiento establecido teniendo presente la influencia socio-económica que este afronta; la relación pacientes-personal de salud también resulta un punto importante el cual implica construir una confianza entre los actores de la atención que influye en las decisiones y entendimiento con un tratamiento; y por último las características del tratamiento tomando en cuenta la complejidad de las indicaciones de la receta para el paciente y si son claras para él. La Fundación Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (2018) menciona que las cifras



de falta de adherencia al tratamiento de la diabetes pueden ser alarmantes, la revisión realiza que valoró la falta de adherencia para diabéticos, antihipertensivos e hipolipemiantes, encontró cifras del 42%, 36% y 49%, respectivamente, siendo la tasa de constancia al año del 63% de la población con este diagnóstico. Este estudio observa las tres etapas de la adherencia (inicio, implementación o cumplimiento e interrupción o falta de persistencia) donde se halló que la no iniciación del tratamiento durante el primer año es lo que tiene mayor peso en la falta de adherencia. La adherencia correcta durante 5 años fue de 77,4% y 77,7% para metformina y sulfonilureas, respectivamente. En nuestro entorno, dentro de la atención primaria, se retiraron de farmacia menos del 80% de las dosis prescritas en el 36,1%, 37,5% y 32,0% para antidiabéticos, hipolipemiantes y antihipertensivos.

Cuando un paciente es diagnosticado con diabetes, presentan indicios que se reflejan por un proceso de aceptación de la enfermedad y las condiciones que ello implica, los pacientes nuevos por lo general están despistados en su entorno e incluso con ellos mismos, preocupados, pensativos y afectados del nuevo contexto en el que han de desarrollarse, debido a que muchos no entienden el significado y lo que implica tener esta enfermedad. Es por ello, que estos pacientes pierden el optimismo, la tolerancia al estrés notándose deprimidos y aislados sin intención de comunicarse, sintiéndose infelices y sin ánimos para salir adelante dejando de lado su autorrealización; esta etapa inicial se manifiesta generando inestabilidad emocional y es cuando los pacientes demuestran una inadecuada inteligencia emocional. Los pacientes atendidos en esta locación frecuentemente presentan una mala adherencia al tratamiento suscrito por el médico tratante, debido a las características del tratamiento que se relacionan a los tiempos o cronogramas de administración de la medicación, ya que normalmente una persona tiene un estilo de vida forjada que se ve modificada parcialmente al darle una medicación que implica ser suministrada en determinados horarios para mantener los niveles de glucosa en parámetros aceptables, esto conlleva que los tratamientos farmacológicos que sean incumplidos como las dietas, ejercicios y educación pertinente con la enfermedad, práctica que se ve desplazada u olvidada por la rutina de trabajo y actividades cotidianas e incluso antiguos hábitos que generan preocupación por los malestares, motivo por el cual estos pacientes acuden al servicio; otro problema está relacionado a la interacción y comunicación con el médico tratante dentro de la consulta médica que no es del todo clara para los pacientes que en muchos casos son personas de



tercera edad o que no terminaron sus estudios, esto deriva en asumir creencias populares donde imperan nociones religiosas o culturales que reemplazan la medicación por remedios caseros o medicinas alternativas. Es así que la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento se encuentran relacionadas, demostrado en el estudio de Montoya (2019) en pacientes con diabetes en un Hospital de Lima donde se concluyó que existe relación significativa positiva entre la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico, en el mismo también se demostró que el aspecto intrapersonal, interpersonal y el ánimo en general se encuentran relacionadas a una adecuada adherencia al tratamiento médico; en contraparte la adaptabilidad no es un concepto que se relacione a este aspecto de los pacientes con diabetes mostrado en dicho estudio.

Por otra partes se nombra que un adecuado entendimiento de la inteligencia emocional y su relación con la adherencia al tratamiento médico, disminuye la capacidad de adaptación de los pacientes ante este nuevo estilo de vida, primeramente, porque es un término que engloba muchos aspectos de la vida personal como la resolución de problemas, prueba de realidad y flexibilidad que en la actualidad no son bien practicadas, agravando la situación del paciente sobre la percepción de su enfermedad y negando los procedimientos para controlarla. Al no tener una buena inteligencia emocional se afecta el plano intrapersonal del paciente debido a que se perdería la comprensión de sí mismo, generando inadecuados conceptos, dejando de lado conductas aceptables y mermando su autorrealización, también se vería afectado en lo interpersonal, reduciendo su empatía con su entorno ya que dicho paciente se aislaría o excluiría al no poder llevar un estilo de vida normal como los demás, formando conductas nocivas ante la sociedad, un pobre manejo con amigos, compañeros o familiares y en muchos casos dejando de ser parte de la población económicamente activa. El manejo de estrés es parte importante en los pacientes diabéticos debido a la incertidumbre y cambios en su estilo de vida que padecen, esto también implica que se adapten a una tolerancia al estrés y la contención de impulsos para no fracasar en la adherencia al tratamiento; sobrellevar la enfermedad con inteligencia emocional y con una adecuada adherencia al tratamiento implica en estos pacientes un estado de ánimo en general de felicidad y optimismo que debe ser parte del objetivo en el cuidado de la salud mental.

Estos componentes deberían ser tomados en cuenta por los implicados en el tratamiento de las personas diagnosticadas con esta enfermedad, para así poder cumplir un



tratamiento adecuado donde se realicen entrevistas y observaciones seguidas de la aplicación de determinados test psicológicos para contribuir al tratamiento empezando por la salud mental e incrementar la calidad de vida para mejorar el bienestar de las personas y mantener un alto perfil en su salud mental; contar con una adecuada inteligencia emocional por parte de estos pacientes garantiza mejores decisiones al momento del cuidado de su salud, mediante el reconocimiento de los pensamientos, sentimientos y emociones nocivos que se presentan como parte del día a día cuando se sobrelleva esta enfermedad que también implica una medicación estricta lo que quiere decir cumplir con las indicaciones del médico respecto a los fármacos, los días, horas y alimentación adecuada con el fin de mitigar la enfermedad diagnosticada. Es por todo ello que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de Inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel de inteligencia emocional en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?
2. ¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?
3. ¿Cuál es la relación entre la dimensión intrapersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?
4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión interpersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?
5. ¿Cuál es la relación entre la dimensión adaptabilidad y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?



6. ¿Cuál es la relación entre la dimensión manejo de estrés y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?
7. ¿Cuál es la relación entre la dimensión estado de ánimo general y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?

1.3 Justificación

1.3.1 Conveniencia

La investigación buscó realizar un estudio sobre la realidad del constructo teórico de la inteligencia emocional y como se relacionó al cumplimiento de la adherencia médica en los pacientes, para mejorar la atención de calidad que reciben y sobrellevar la diabetes que produce estados mentales nocivos originados del padecer una enfermedad crónica, identificando la relación entre ambas variables de estudio y entendiendo su comportamiento, se podrá proponer medidas preventivas de mayor impacto para mejorar la salud mental en estos pacientes, así mismo permite contribuir a la concientización del cuidado de la salud desde un enfoque psicológico, optando por el autocuidado y el papel que cumple dentro del sistema de salud.

1.3.2 Relevancia social

Dentro de la investigación se estudió las variables de inteligencia emocional y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, obteniendo así resultados que favorecen a dichos pacientes y su entorno social cercano mejorando su estilo de vida aún con la enfermedad, del mismo modo se beneficia el personal de salud debido a que se mejora la capacidad de una atención integral en la salud de los pacientes en el servicio de hemodiálisis. Al entender como la influencia de los pensamientos y emociones en diferentes momentos cotidianos apoyan a la toma de buenas decisiones cumpliendo con las indicaciones respecto a su medicación y cuidado de la salud en general.

1.3.3 Implicancias prácticas

El estudio permitió comprender la contribución de los pensamientos, control de emociones en los pacientes, la configuración de su comportamiento y actitudes para una



buena adherencia a la medicación, ello incrementa el conocimiento científico del personal de salud dotando de herramientas de diagnóstico que apoyen a la calidad de atención a través del reconocimiento de la salud mental relacionada al paciente para implementar mejores técnicas en el cumplimiento del tratamiento prescrito. Contribuyendo en proyectos de intervención o grupos de ayuda individuales y grupales registrados en su historia clínica y realizar seguimiento a los progresos de cada paciente mediante las sesiones que se realicen; tomando temas del cuidado personal, familiar y social de la persona que padece la enfermedad; obteniendo resultados mediante la aplicación de instrumentos que se adapten para observar los resultados.

1.3.4 Valor teórico

Al realizar el estudio de investigación se contribuyó al mejor entendimiento de las teorías existentes sobre inteligencia emocional y adherencia al tratamiento médico preexistentes en la literatura mundial y nacional, de esta forma se pudo contextualizarlas en la realidad actual y local; logrando resultados y conclusiones trascendentales que apoyan a la literatura científica y que podrán ser usadas en estudios o investigaciones de temas similares.

1.3.5 Utilidad metodológica

La investigación permitió adaptar los instrumentos existentes para medir las variables de inteligencia emocional y adherencia al tratamiento a través de su validación en el contexto local, en los pacientes diabéticos según a la realidad en que viven.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de Inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.



1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de inteligencia emocional en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021
2. Identificar el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021
3. Identificar la relación entre la dimensión intrapersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.
4. Identificar la relación entre la dimensión interpersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.
5. Identificar la relación entre la dimensión adaptabilidad y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.
6. Identificar la relación entre la dimensión manejo de estrés y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.
7. Identificar la relación entre la dimensión estado de ánimo general y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

1.5 Delimitación del estudio

1.5.1 Delimitación espacial

La investigación se desarrolló en el servicio de endocrinología del Hospital Regional del Cusco, con pacientes diagnosticados con diabetes. Este se encuentra ubicado en la avenida la cultura s/n adscrita a la Dirección Regional de Salud Cusco Norte de la ciudad del Cusco departamento de Cusco.

1.5.2 Delimitación temporal

El problema de la investigación fue abordado a inicios del 2021 con la realización del proyecto de investigación para su inscripción y registro dentro de la universidad, este



proceso tomo tiempo debido a la pandemia atrasando algunas aplicaciones de los instrumentos y el proceso administrativo de la universidad. Por ende, se culminó en el mes de noviembre del año 2022, presentando avances y resultados a través del informe final de tesis.

1.6 Viabilidad

Los referentes teóricos sobre el estudio de las variables existen desde hace varias décadas y se encuentran dentro de la literatura nacional e internacional así mismo la información de los pacientes se encontró registrada en las historias clínicas del nosocomio; los instrumentos utilizados son producto de las teorías previas que fueron validados a nivel internacional y en particular a nivel nacional para su uso en una población peruana diabética, mostrando altos índices de confiabilidad en cada instrumento; existe una muestra significativa dentro del contexto del estudio y estuvo conformada por pacientes diabéticos que son atendidos en el Hospital Regional del Cusco, donde se contó con la predisposición para aplicar los dos instrumentos. El tiempo de la investigación estuvo sujeta a las eventualidades de la pandemia en que nos encontramos atravesando y la ubicación de los pacientes que conformaron la muestra. Con respecto a los recursos económicos la investigación fue autofinanciada para su ejecución, disponiendo de la infraestructura tecnológica y otros materiales del investigador contando como aliado los formatos virtuales a los cuales se tuvo acceso mediante aplicaciones gratuitas y otros con licencias temporales para el procesamiento de datos.

1.7 Aspecto ético

El desarrollo de la presente investigación se llevó a cabo respetando el rigor científico, considerando los principios éticos de la beneficencia y no con maleficencia, responsabilidad y de la práctica de investigación con personas aplicando un consentimiento informado a cada uno de los pacientes diabéticos respetando la información privada, comunicando la finalidad y beneficios de la investigación. Además, la investigación se regió de los principios normativos de la Asociación Psicológica Americana (APA).



Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

Jiménez (2020), en su investigación "Relación entre el estrés y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en el Centro de Salud N°3" en la Universidad Nacional de Loja; su objetivo fue identificar la relación que existe entre el estrés respecto a la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Centro de Salud N°3 Loja en el periodo julio 2018 – enero 2019, método se tiene un enfoque cuantitativo y diseño tipo descriptivo transversal; los instrumentos utilizados se encuentran la prueba de Estrés; test de Morisky – Green para valorar el cumplimiento de la medicación, el Test de Índice de Dieta Mediterránea (IMD) – Chile y un cuestionario sobre el ejercicio y consumo de alcohol. Entre los resultados se observa que el 64,3% (n =90) no cumplían el tratamiento farmacológico; 65,7% (n = 92) mostraron adherencia moderada a la dieta mediterránea; 40% (n = 56) presentaron estrés moderado; 98,7% (n = 138) bajo consumo de alcohol y 70,7% (n = 99) adherencia baja al ejercicio. Al obtener los resultados se muestra que el estrés tiene una asociación significativa con la mala adherencia al tratamiento farmacológico ($p = 0,000$) y al ejercicio ($p = 0,001$). Se llegó a la conclusión que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en este estudio, padecen principalmente de estrés moderado, condición frecuente encontrada en estos pacientes debido al impacto psicosocial que causan las enfermedades crónicas, también se presentó una mala adherencia farmacológico y al ejercicio físico mostrando un estilo de vida sedentario, no obstante, se identificó una adherencia moderada a la dieta mediterránea con bajo consumo de alcohol. Como conclusión nombra que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en este estudio, padecen principalmente de estrés moderado, condición frecuente encontrada en estos pacientes debido al impacto psicosocial que causan las enfermedades crónicas. También los pacientes presentan mala adherencia al tratamiento farmacológico y al ejercicio físico mostrando un estilo de vida sedentaria; no obstante, se identificó una adherencia moderada a la dieta mediterránea con bajo consumo de alcohol.

Saltos (2019), en su investigación "La inteligencia emocional en pacientes diabéticos de la ciudad de Portoviejo" en la universidad estatal del Sur de Manabí, su objetivo fue



determinar la inteligencia emocional de los diabéticos en la ciudad de Portoviejo, con un método se tiene un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo y diseño no experimental, el instrumento utilizado para la variable fue el Test de Inteligencia Emocional elaborado por el autor de la investigación. Entre los resultados muestran que los individuos que no ponen en destreza su inteligencia emocional tienden a mostrar depresión y ansiedad. El 42% manifestaron que contaron con apoyo psicológico de su familia y el 58% de las personas que fueron encuestadas indicaron que la ayuda que recibieron de su familia fue también por parte económica. Con respecto a los datos de las encuestas los pacientes nombraron que el 32% manifestaron que no recibieron tratamiento psicológico y que el 68% si recibió, con respecto a las emociones durante la diabetes se nombra como procesos múltiples que se muestran durante esta enfermedad, se observó que el 10% presentaron cambios de estado de salud mental, seguido del 15% que indicaron la presencia del estrés, manifestando así un 35% de crisis de ansiedad y siendo así la depresión con mayor prevalencia de un 40%, lo que nos lleva tener en cuenta que estos pacientes que son diagnosticados con diabetes presentan un gran impacto a nivel emocional y por ello necesitan recibir atención psicológica. Se llegó a la conclusión que los pacientes diabéticos tipo 2 demuestran tener bastante probabilidad de presentar algún trastorno emocional, debido que se identificó en los pacientes diabéticos que acuden al centro de salud vera, la presencia de trastornos psicológicos en un 40% en depresión y llegando a obtener la conclusión que de si existe una relación de la inteligencia emocional y la diabetes. Como conclusión se nombra que los pacientes diabéticos mellitus tipo 2 poseen alta probabilidad de tener trastornos emocionales, se identificó en los pacientes estudiados que acuden al centro de salud, la presencia de trastornos psicológicos en un 40% depresión, se determinó que existe una relación de inteligencia emocional y la diabetes. Otra conclusión se ve fomentando a la educación y la cultura del autocuidado de las personas diabéticas debido que estar con la enfermedad conlleva tener que cambiar nuestros hábitos para mejor nuestra alimentación, hacer ejercicios para mantener un equilibrio y así mejorar cada vez nuestro estilo de vida. También se debe tener en cuenta elementos como: la dieta, evitar el estrés, mantener una adecuada higiene y si no se tiene llegar hasta tener una adecuada, la realización de actividad física, el mantenerse activo y equilibrio entre tener reposo y la actividad, hace que se reduzca las complicaciones que conlleva tener la enfermedad. Por otro lado, es muy importante entender la perspectiva psicológica y emocional que se ve afectada por varios enfermedades o complicaciones,



donde las situaciones de estrés y la forma de dar solución tiene un papel determinante para el control de esta enfermedad.

Parra, Ramírez, Pernas & Ortiz (2018), en su investigación “La inteligencia emocional en pacientes miembros de la Fundación Casa de la Diabetes Cuenca, Ecuador”, en la universidad de Cuenca, Ecuador; su objetivo fue describir el nivel de inteligencia emocional en los pacientes con diabetes de la Fundación Casa de la Diabetes en Cuenca, método se tiene un enfoque cuantitativo, de un alcance descriptivo y diseño no experimental, el instrumento utilizado para la variable fue el Trai Meta – Mood Scale – 24 elaborado por Espinoza, Sanhueza, Ramírez y Sáez (2014). Entre los resultados se detallan las variables sociodemográficas y las tres dimensiones de la inteligencia emocional, se nombra que el 64% de hombre y el 69% de las mujeres tienen un nivel adecuado, ideal ya que los datos indican que ambos comienzan a tomar conciencia de las situaciones y a identificar con precisión lo que significa cada hecho de su vida y hay un 0% con el rango alto. Así mismo se encuentra que los niveles de la dimensión percepción emocional entre bajo y adecuado el 36% de hombres y 31% de mujeres presentan un nivel bajo, reflejando que tienen dificultades para percibir y prestar atención a sus emociones y sentimientos para distinguir que eventos son significativos para ellos. Se llegó a la conclusión de que hay un adecuado nivel de inteligencia emocional en las tres dimensiones que integran este constructo, lo que atribuye a un buen referente para tener en cuenta en el bienestar de estos pacientes con diabetes tipo 1 y 2, de la Fundación Casa de la Diabetes en Cuenca.

Morcillo (2015), en su investigación “Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína”, en la Universidad Miguel Hernández en España, su objetivo fue evaluar la influencia de la inteligencia emocional, el apoyo social, la resiliencia y la autoeficacia, sobre las variables dependientes: motivación; en la prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína y sus efectos, con un método que tiene un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y diseño ex post facto para analizar las variables estudiadas y descriptivo transversal, el instrumento aplicado para la variable inteligencia emocional es el de rasgo, el TEIQue-SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire) en su versión breve elaborado por Andrew Cooper (2010). Entre los resultados se nombra que las variables resiliencia, inteligencia emocional y apoyo social efectivamente presentan un realce



importante durante el tratamiento por consumo de cocaína y por ello en la mejora de la prevención de recaídas. La IE presenta una relación positiva significativa y directa con las variables dependientes: adherencia al tratamiento, abstinencia, motivación, percepción de bienestar tras haber abandonado la conducta de consumo; así como la probabilidad de permanecer sin consumir a medio plazo. Para la categorización de la muestra en función de las puntuaciones obtenidas en las variables del cuestionario TEIQue (cuestionario de inteligencia emocional rasgo en su versión breve) de manera general se obtiene el 20,4% de un nivel alto en el total del cuestionario de bienestar, donde se encuentra las escalas de felicidad, optimismo e autoestima, en la sub dimensión se encuentra la sub escala de autocontrol donde se obtiene el 21,1% de regulación emocional, control de impulsividad y gestión de estrés; en la sub dimensión autocontrol se obtiene el 20,4% se encuentra la automotivación y adaptabilidad; en la sub dimensión emocionalidad se obtiene el 24,4% donde se encuentra la empatía, percepción emocional, expresividad emocional y relaciones y en la sub dimensión sociabilidad se obtiene el 22,8% con la gestión de la emoción, asertividad y conciencia social. Se llegó a la conclusión al confirmar que los individuos con mayor inteligencia emocional tienen mayor probabilidad de mantenerse abstinentes, mayor percepción de bienestar tras haber dejado la droga, mayor motivación para dejar la cocaína, así como, mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a medio plazo y mayor adherencia al tratamiento.

Salafia, Casari & Vera (2015) en su investigación titulada “La inteligencia emocional en personas con sobrepeso y obesidad” en la pontificia universidad católica Argentina, con su objetivo de evaluar la inteligencia emocional en personas con sobrepeso y obesidad, con un método tiene como enfoque cuantitativo descriptivo, de alcance transversal, diseño no experimental, los instrumentos utilizados fueron el inventario de cociente emocional I-CE de Bar-On adaptación peruana. Entre los resultados al evaluar las subescalas se observó que el componente que se manifestó más deteriorado fue la capacidad intrapersonal, obteniendo un promedio de $74,11 \pm 9,07$, menor al puntaje estándar medio del inventario (90-100). Con respecto al componente del estado de ánimo, el 52,78% puntuó dentro de las categorías promedio y alto, mientras que el 47,22% presentó desde bajo a marcadamente bajo estado de ánimo. Y por último en los componentes interpersonal, los datos señalaron que este grupo de sujetos presentaron altas habilidades sociales con un promedio de $111,69 \pm 15,01$. Se llegó a la conclusión que los aportes del presente estudio arrojaron que las personas con sobrepeso y obesidad



indicaron bajo cociente emocional, manifestando en promedio tres componentes subdesarrollados: la capacidad intrapersonal, seguido del manejo de estrés y por último la adaptabilidad.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Montoya (2019), en su investigación “Inteligencia emocional y adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018” la Universidad Nacional Federico Villareal de Lima, con su objetivo fue determinar la relación entre la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima 2018, como método tiene un enfoque cualitativo, de alcance transversal, correlacional diseño no experimental, los instrumentos utilizados para la variable adherencia al tratamiento médico fue el Cuestionario diseñado por Molina (2008), para la variable de la inteligencia emocional el inventario ICE de Bar-On. Entre los resultados muestran que la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico se relaciona de manera significativa; también se encontró relación entre las dimensiones de la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento a excepción de la dimensión de manejo de tensión que muestra una bajara relación directa. Se nombra que el 52,7% tienen una inadecuada adherencia al tratamiento y solo el 17,0% tiene una adherencia optima al tratamiento, así también que el 71,4% de la muestra tiene un coeficiente emocional promedio y que el 26,8% de la muestra tiene un coeficiente emocional bajo. También se observa que solo el 1,8% tiene un coeficiente emocional muy bajo y sin existencia de adherencia al tratamiento. Así también que en este grupo el 24,1% no presenta la existencia de adherencia al tratamiento y en ningún participante existe una adherencia óptima. También se comprobó que existe relación entre la dimensión estado de ánimo general y la adherencia al tratamiento médico, con una correlación positiva media ($\rho = .449$) y significativa en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018. Se llegó a la conclusión que la variable adherencia al tratamiento el 52,7% tiene una adherencia inadecuada y con relación a la variable de inteligencia emocional el 71,4% de evaluados tiene un coeficiente emocional promedio. Nombrando así de este modo que existe un gran porcentaje de pacientes con diabetes evaluados, que no tienen un manejo adecuado de su condición médica. Dentro de los resultados muestran que la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico se relacionan de manera directa y significativa.



Soto (2018), en su investigación “Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2018, Callao 2018” en la universidad Cesar Vallejo de Lima, con el objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Daniel Carrión – 2018, con un método con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, diseño no experimental con corte transversal, los instrumentos utilizados para la variable fue la escala de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II versión III (EATDM-III) elaborado por Villalobos (2006). Entre los resultados muestran que los internos de enfermería han manifestado estrés en el nivel alto según los factores estresores un 60%, en las reacciones psicológicas 63%, en las reacciones físicas 73% y en las reacciones comportamentales 50% y con respecto al nivel de estrés en los internos mostraron un 53% de nivel alto de estrés. Se llegó a la conclusión que las personas atendidas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, no muestran adherencia al tratamiento.

Chirimia (2017), en su investigación “Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2017” la Universidad San Pedro de Huaraz; su objetivo fue determinar la relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos en el hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017, con método de un enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal, alcance explicativo y diseño no experimental; el instrumento usado fue el cuestionario de Adherencia al tratamiento y calidad de vida de pacientes con diabetes del autor Garay Acosta, (2017). Como los resultados y conclusión se halló que el 12% deja de tomar el medicamento cuando se siente bien pero el 4% no deja de tomar; 10% se olvida de tomar sus medicamentos, el 20% consume verduras diario, el 28% si toma en la hora indicada por el médico y el 24% no toma en la hora indicada; el 24% consume carbohidratos diarios y el 46% no realiza ejercicio físico.

Sánchez (2017), en su investigación “Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto – noviembre 2017”, en la Universidad San Pedro, con el objetivo fue determinar la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida del pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017, para lo cual se usó



el método de un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo y correlacional y diseño descriptivo; los instrumentos para la variable adherencia al tratamiento fue adaptado por el autor de la tesis presente y para la variable calidad de vida se utilizó el instrumento Diabetes 39 de los autores López y Rodríguez (2006) . Entre los resultados según la prueba estadística de chi cuadrado se determinó que existe relación directa entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan una regular adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento en su dimensión dependiente del paciente es la dimensión que presenta menor adherencia al tratamiento. La adherencia relaciones interpersonales que se establece entre el paciente y el equipo de salud es la dimensión que presenta mayor adherencia al tratamiento. La mayoría de los pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Apoyo II de Sullana consideran tener una regular calidad de vida. Al contrastar la hipótesis con los resultados obtenidos se concluye que existe relación estadística $p=0.01$ entre las variables de estudio. También se pudo observar que el 85,7% de la población de muestra no tiene adherencia al tratamiento y el 14.3% tienen regular adherencia. Según las dimensiones de estudio se puede observar en cuanto a la dimensión de relación interpersonal que el 4,8% tiene una puntuación buena; el 95,2% tiene muy buena relación teniendo en total el 100%. Se llegó a la conclusión según la prueba estadística de Chi Cuadrado se determinó que existe relación directa entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, mostrando también regular adherencia al tratamiento.

Tarazona (2017), en su investigación “Adherencia al tratamiento y autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa de un centro de salud de Ambo” en la Universidad de Huánuco; su objetivo fue determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios que acuden al programa de un centro de Salud de Ambo, con el método de un enfoque cualitativo, alcance descriptivo correlacional diseño no experimental; los instrumentos utilizados para las variables adherencia al tratamiento fue el Cuestionario de Adherencia del Adulto Mayor Diabético adaptado por la autora y para las variables de autocuidado se utilizó la escala para estimar el nivel, la capacidad de autocuidado (EECAC) de Evers, Isenberg y otros (1989). Entre los resultados podemos ver que el 71.1% tuvieron buena capacidad de autocuidado y el 60.0% tuvieron buena adherencia al tratamiento, por otro lado, la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en sus diferentes



capacidades tuvieron una significancia de $p \leq 0,005$ y en cuanto a la relación de la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente tuvieron una significancia de $P \leq 0.003$. Las descripciones de la adherencia relacionada al tratamiento de los adultos mayores diabéticos dan como resultado una adherencia alta con un porcentaje de 71.1% y adherencia baja con un 28.9%. Se llegó a la conclusión de que existe relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos, siendo significativo estadísticamente

2.1.3 Antecedentes Locales

Aparicio (2021) en su investigación “Características epidemiológicas del deterioro cognitivo leve en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de la ciudad del cusco, 2019” en la universidad nacional federico Villareal, su objetivo fue identificar la prevalencia del deterioro cognitivo leve de pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital público de la ciudad del cusco, 2019. Con enfoque cualitativo, alcance descriptivo y diseño no experimental, el instrumentó utilizado es el mini - mental State Exam (MMSE) el cual fue adaptada al Perú por Yolanda Isabel Robles Arana. Entre los resultados podemos observar que la prevalencia de deterioro cognitivo leve en pacientes con diabetes mellitus tipo II se da en un 24% de pacientes que están sin presencia de deterioro, 1% demencia moderada, el 16% presenta una sospecha patológica de deterioro y un 59% tiene deterioro cognitivo leve. Obteniendo estos resultados se puede observar que los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II existe prevalencia de deterioro leve. Como conclusión se llegó a obtener que existe prevalencia de deterioro cognitivo leve en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II de un hospital y esto relacionado a la ocupación o lugar de procedencia que se presenta con más frecuencia en este tipo de pacientes.



2.2 Bases teóricas

2.2.1 Inteligencia emocional

2.2.1.1 Definición

A lo largo del tiempo existieron y existen varios autores que definen a la inteligencia emocional desde una perspectiva diferente o algunas veces concuerdan en algunos términos. Nombrando así a los siguientes autores:

La inteligencia emocional es definida según Guevara (2011) como una capacidad de poder identificar nuestros sentimientos propios y de las otras personas, de motivarnos en situaciones donde se amerite salir adelante y saber manejar según cada situación nuestras emociones con nosotros mismos y con los demás; describiendo aptitudes complementarias, las cuales son distintas a la inteligencia académica ya que conlleva poder tener un coeficiente intelectual. Es por ello que las personas con gran nivel de intelecto o conocimientos en diversos temas, terminan siendo empleados de personas con un coeficiente intelectual menor, pero con una inteligencia emocional bastante elevada.

La inteligencia emocional según Goleman (1995) nombra que son todas aquellas destrezas que tiene una persona para motivarse y poder afrontar contra las decepciones que se le puedan presentar, saber dominar el impulso y practicar la gratificación regularizando el humor, logrando así evitar trastornos que afectan a mostrar empatía, el valor de la esperanza y la capacidad de pensar.

Así también para Mayer y Salovey (1997) la inteligencia emocional es un tipo de inteligencia social, debido que conlleva poder controlar nuestras emociones y aprender a cuidar las emociones de los demás, encontrando diferencias entre cada uno de ellos y utilizarlas como base de nuestros pensamientos y acciones que tengamos.

Por otra parte, Cooper y Sawaf (1998) hacen referencia a la inteligencia emocional como una capacidad que tienen las personas para entender, sentir y aplicar eficazmente un grado de agudeza en las emociones como clave de energía humana, conexión, influencia e información.

Por otro lado la inteligencia emocional es descrita por Bar-On (2018) donde nombra que las personas desarrollamos un conjunto de habilidades emocionales a lo largo de nuestra



vida las cual se divide en personal e interpersonales, todo ello influyendo a las demandas que se afronta día a día, presiones del ambiente y exigencias. Por ello se convierte en un factor determinante para ver la capacidad del logro del éxito en la vida personal, la cual se influye con el bienestar emocional.

2.2.2 Aproximaciones históricas al concepto de la inteligencia emocional

En el tiempo hubo autores contribuyentes a consolidar la teoría de la inteligencia emocional nombrando así sus investigaciones de cómo surgió el concepto para ser hoy en día consolidado.

Las primeras investigaciones se dieron por el autor Charles Darwin (1873) donde menciona que nuestras emociones tienen una relación a la forma en la que la expresamos, así mismo que no podría existir si nuestro organismo estaría en estado pasivo, dependiendo del porqué de la expresión de las acciones que se hayan ejecutado por el estado de ánimo. Nombrando de ejemplo que, si un hombre odia intensamente a otro por cualquier situación, pero su cuerpo no se altera, cabe decir que no está enfurecido como pareciera.

Contribuyendo con los estudios Galton (1885) nombra que fue uno de los primeros interesados en estudiar las diferencias individuales en la capacidad mental, observando así que las personas intervienen de cierta manera en los procesos básicos de las demás personas y causa así diferencias en la capacidad mental, interesándose de esta manera cuales son los factores que hacen diferente a las personas, partiendo desde el punto de su evolución y también viendo el concepto y variación. Estaba con la idea de demostrar que las diferencias individuales son más importantes, entre las características se encuentra la moral y las intelectuales; nombrando que no son adquiridas sino al contrario; que su meta era demostrar que son innatas lo cual sería parte de la herencia que tenemos cada persona.

Binet a inicios de la década (1900) define la inteligencia como la habilidad para tomar y mantener determinada dirección, como adaptabilidad a nuevas situaciones y habilidad para criticar los propios actos.

Continuando con Binet y Simón (1905) formularon una definición de inteligencia, explicándola desde el punto del juicio, el mantenimiento y el razonamiento; produciendo



las primeras pruebas prácticas de inteligencia; publicando su primera serie de pruebas de inteligencia que fue de aplicada por niveles a niños y jóvenes de 3 a 13 años, aplicando 30 pruebas breves ordenadas desde lo más sencillo hasta lo más difícil, y siendo publicada en el año 1908 de la escala Binet-Simón que consistía en 58 tareas dispuestas.

Por otro lado, Thorndike en (1920) publica un título del artículo “la inteligencia y sus usos” donde nombra que hay mejoría en la comprensión de los significados de inteligencia e introduce el componente social a su definición, en la cual nombra que existe tres tipos de inteligencia: la mecánica, la social y la abstracta; siendo su concepto de esta última como una habilidad para entender y manejar a hombres y mujeres; en otras palabras de actuar sabiamente en las relaciones humanas.

Así también, Howard Gardner (1983) con sus colaboradores, nombran que desde su percepción la inteligencia a estado influenciada por tres matrices importantes: los valores propios de la cultura, la supervivencia de la cultura y el sistema educativo que aportan en las diferentes competencias de las personas. Nombran así, que para hacer el estudio de la inteligencia debe dirigirse al esfuerzo de saber y no simplemente a conceptualizar como algo que no es compleja, con el tema de crear pruebas psicométricas que la midan sin ningún problema, sino al contrario buscar explicaciones diversas de la inteligencia dentro de cada cultura ya que es diversa. Y desde este enfoque su objetivo de investigación de su trabajo es que la inteligencia sea estudiada desde las raíces de la cultura.

Aparte de sus investigaciones grupales o con sus colaboradores Gardner en el año (1983) escribió un libro a la cual nombro *Frames of Mind* donde explica su teoría acerca de la inteligencia humana. Con el objetivo de encontrar un enfoque de las personas que fueran más amplias y completas que no necesariamente podían ser derivados de estudios cognitivos realizados hasta ese entonces. Y es así que después de investigar saca las primeras ideas de dejar de hablar de una sola inteligencia y al contrario nombrarlo ahora las inteligencias múltiples con el objetivo de nombrar que hay cantidad de capacidades humanas desconocidas, nombrando así la inteligencia aplicada en el conocimiento de uno mismo hasta la inteligencia musical; las cuales nunca fueron tomadas en cuenta en los estudios realizados de la inteligencia. En 1993 Gardner nombra que deberíamos descartar las pruebas y en vez de eso, ver otro tipo de información más natural, tomando en cuenta como es que las personas a nivel mundial desarrollan diferentes capacidades que son importantes para su modo de vida, definiendo así que existen muchos tipos de



inteligencias y afirmando que pueden ser agrupadas en 8 variedades básicas. Siendo las siguientes nombradas (inteligencia lingüística, inteligencia lógico-matemática, inteligencia espacial, inteligencia musical, inteligencia corporal, inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal y la inteligencia naturalista)

Robert Sternberg (1985) nombra que la inteligencia se considera una actividad mental que va direccionada hacia la selección, la formación de medios del mundo real relevantes para la vida de cada uno y la adaptación intencionada, partiendo de este concepto se crea una subteoría contextual que nombra diferentes aspectos de la inteligencia conceptualizándola en función del comportamiento en ambientes reales de la vida, que sean relevantes para la persona. Nombrando así la teoría triarquica de la inteligencia que es definida por tres subteorías, saliendo una por cada una de las dimensiones propuestas que son las siguientes: la primera subteoría es contextual donde se nombra la adaptación, selección y configuración del medio; la segunda subteoría es la experiencial donde se nombra la habilidad para enfrentarse a la novedad y habilidad para automatizar el procesamiento de la información y por último la subteoría componencial donde se nombra los meta componentes, componentes de adquisición de conocimientos. y componentes de realización.

Por otro lado se nombró el termino de inteligencia emocional por Wayne Payne (1985) en su tesis doctoral presentando tres diferentes capacidades de inteligencia basadas en las diferentes fuentes mencionadas: siendo la inteligencia física que considera que el cerebro controla todo el cuerpo además de ser un asiento para la inteligencia, la inteligencia intelectual la primera que se ocupa del análisis y de la síntesis de data y la inteligencia emocional nombrándola como una capacidad consciente que permite resolver problemas emocionales. Por otro lado, se considera también que no hay correlación con la inteligencia intelectual debido que las personas que tiene un grado más elevado académicamente en inteligencia pueden no saber cómo afrontar problemas relacionados a conflictos en relaciones o a una emoción negativa; lo que conlleva a nombrar que resolver un problema emocional no puede ser resuelta con una persona que tenga una buena inteligencia intelectual si no que al contrario con una inteligencia que se va direccionada a las emociones; en otras palabras por una inteligencia emocional bien desarrollada.



Así también a esta investigación se unen los autores Salovey y Mayer (1990) por buscar el adecuado termino para la inteligencia emocional, como un tipo de inteligencia social, donde se lograría el poder controlar mediante las habilidades nuestras propias emociones y de las demás personas; así como encontrar una diferencia entre ellas y utilizar la información más relevante para que nos ayude a guiar nuestra manera de pensar y nuestras acciones ante diversas situaciones.

En tanto los aportes de Daniel Goleman (2017) nombra que la inteligencia emocional nos vuelve consientes de decidir nuestras emociones, tolerar las presiones, comprender los sentimientos de los demás mediante la empatía, realzar nuestra capacidad de trabajar en equipo adoptando una actitud empática y social, que nos darán mayores posibilidades de desarrollo personal y saber sobrellevar las frustraciones en el trabajo.

Y por último Bar-On (1997) define la inteligencia emocional como un conjunto de capacidades, habilidades no cognitivas que influyen sobre la habilidad propia de tener éxito al afrontar aspectos del medio ambiente y competencias.

Teniendo toda esta información teórica de varios autores que realizaron en sus diferentes estudios, logramos tener diferentes perspectivas para la denominación de la inteligencia emocional.

2.2.3 Modelos teóricos de la inteligencia emocional

En los últimos tiempos, muchos autores llegaron a construir aportaciones teóricas, logrando hacer estudios e investigaciones sobre la inteligencia emocional desde diferentes enfoques teóricos. Jiménez y López (2009) nombra que la inteligencia emocional tiene dos modelos importantes que son los siguiente: las características estables de la personalidad y los modelos mixtos, centrados en los rasgos que se va desarrollando a lo largo de nuestra vida, así como de las habilidades mentales que se desarrollan en diferente manera y los modelos fundamentados en el procesamiento de información emocional para ver cómo es que interpretamos en situaciones nuestras emociones, poniendo en práctica nuestras habilidades emocionales básicas. Seguidamente, se hará una descripción de los aspectos importantes de cada modelo.



- **Modelo de Mager y Salovey**

El modelo de habilidades de Mager y Salovey (1993) se basa en la capacidad de la persona en entender sus propias emociones y de los demás, expresándose adecuadamente hasta llegar a obtener el resultado beneficiario de sí mismo y aceptando a la cultura a la que pertenece. En esta ocasión para el autor está incluida la evaluación no verbal y verbal, la regulación de la emoción en uno mismo y en los otros, la expresión emocional y la utilización del contenido emocional en la solución de problemas. Salovey y Mayer (1990) recogen las inteligencias personales de Garden (1983) en su definición básica de inteligencia emocional expandiéndolas en cinco dominios principales: Descripción de figura 1.

El primero es conocer las propias emociones: relacionado a nuestro autoconocimiento distinguiendo así nuestros sentimientos, debido que es la base de la inteligencia emocional, debido que nos ayuda a tener un mayor control de nuestras vidas y reconocer nuestros sentimientos; de no ser así, nos da a las personas la incapacidad de no poder reconocerlos y nos deja a la deriva. El segundo es manejar nuestras emociones: tener la capacidad de manejar nuestras emociones apropiadamente y evitar los sentimientos posteriores como la ansiedad, irritabilidad, etc. El tercero el motivarse a uno mismo: logrando conseguir dominando situaciones difíciles, tener creatividad y tener una atención absoluta en algunas situaciones. El cuarto el identificar las emociones en las demás personas: poner en práctica la empatía para no caer en el altruismo y entender así las necesidades y deseos de las otras personas. La quinta la capacidad de relacionarse con los demás: tener la habilidad social que conlleva saber manejar nuestras emociones para así interactuar con los demás.

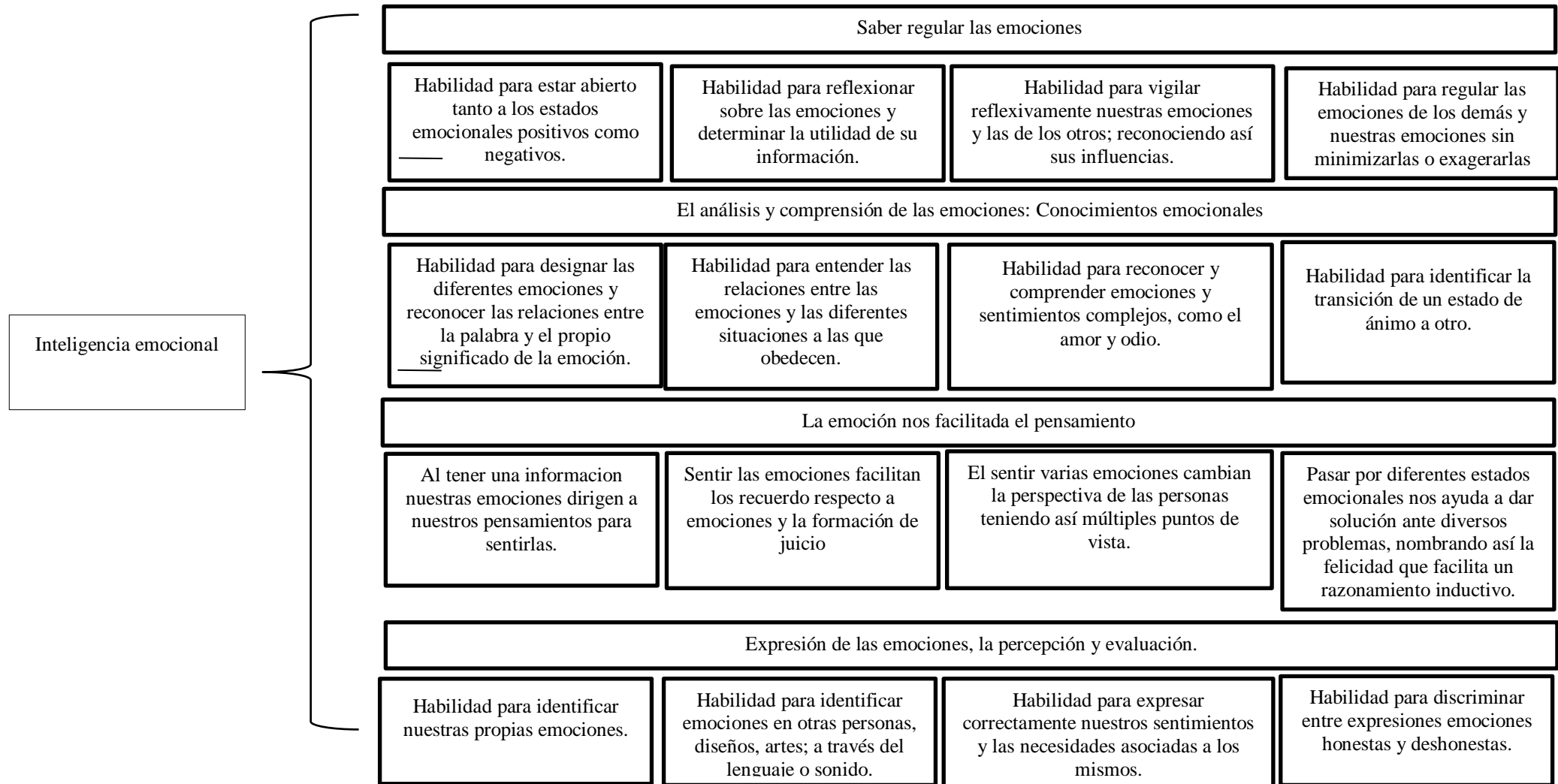


Figura 1 Modelos teóricas de inteligencia emocional de Salovey y Mayer (1997)

Fuente: Fernández y Extremera (2005)



- **Modelos mixtos**

Según las investigaciones de Contini (2005) nombra el modelo mixto para la inteligencia emocional con una relación directamente de las características de la personalidad el cual es acompañante e importante.

Siendo así los siguientes, más representativos:

- a. Modelo de las competencias emocionales de Goleman**

El modelo de Goleman desde sus estudios define a la inteligencia emocional como la capacidad para monitorear nuestras relaciones, reconocer y manejar nuestros propios sentimientos y motivarnos. Este modelo comprende una serie de competencias que ayudan a las personas con manejar sus emociones con ellos mismo y para poder entender lo de los demás. Es por ello por lo que se formula la teoría del desarrollo proponiendo una teoría de desempeño que es aplicable de manera directa para el ámbito organizacional y laboral para lograr una excelencia en el trabajo. Debido a esta explicación es que se denomina una teoría mixta basada en la personalidad, inteligencia, cognición, emoción, neurociencia y motivación, haciendo referencia que en este proceso están los procesos cognitivos y no cognitivos. Nombrando así Goleman las siguientes habilidades: diferir las gratificaciones, la empatía, el control de impulsos, la motivación, la confianza en los demás, regulación de estado de ánimo, la conciencia de sí mismo, expresión de las propias emociones y de los demás, el optimismo ante las frustraciones, la autorregulación, el arte social y control de ansiedad.

Continuando con los autores encontramos a Goleman (2001) el cual nombra que tomar estas competencias con un rasgo de la personalidad, pero también componentes de la inteligencia emocional, sobre todo los que están relacionados a la interacción con los demás con referencia al manejo de las relaciones y la conciencia social.

- b. Modelo de la inteligencia emocional y social de Bar-On**

Para Bar-On (1997) define a la inteligencia emocional tomando en cuenta los estudios de Salovey y Mayer (1990). Donde las habilidades en lo emocional, conocimientos y el aspecto social influyen en la capacidad para afrontar las demandas del medio en el que



vivimos. Dicha habilidad se basa en poder comprender, expresar emociones de manera afectiva, ser consciente y poder controlar nuestras acciones.

Tomando en cuenta la explicación; el modelo de Bar-On se basa en las competencias dando la explicación de como las personas se relaciona e interactúan con el medio que los rodea o las personas cercanas a ellas. Por ello la inteligencia social y la emocional forman un conjunto de los factores de interrelación emocional, social y personal que influyen para adaptarse a las demandas y presiones del ambiente. Por consiguiente, este modelo tiene 5 principales componentes conceptuales de la inteligencia emocional y social que involucran los 15 factores medidos por el Bar-On EQ-I. Siendo así los nombrados los 15 factores de la inteligencia social, emocional y personal evaluadas por el inventario de cociente emocional que son: (Bar-On, 2010)

1. Componente interpersonal (CIE): área que reúne los siguientes componentes. Comenzando por las relaciones interpersonales (RI) habilidad que nos ayuda a mantener relaciones mutuas satisfactorias con intimidad y cercanía emocional. Así también está la responsabilidad social (RS) que es la habilidad para ver como demostrar nuestra contribución, cooperación, y ser un miembro constructivo para la sociedad. Y por último la empatía (EM) habilidad que nos ayuda a comprender, percibir y apreciar los sentimientos de los demás.
2. Componente intrapersonal (CIA): Área que reúne los siguientes componentes: la independencia (IN) habilidad que nos ayuda a ser independientes emocionales para tomar nuestras decisiones, habilidad para autodirigirse, nos ayuda a sentirnos seguros de sí mismos en nuestros pensamientos. De ahí viene el autoconcepto (AC) que es la habilidad que ayuda a poner limitaciones y posibilidades, nos ayuda con la comprensión, aceptando si nuestros aspectos negativos y positivos, así también nos ayuda a aceptarnos y respetarnos a nosotros mismos. Seguidamente esta la autorrealización (AR) que ayuda a realizar actividades que podemos y queremos realizar para disfrutar de ellos. Otro componente es la comprensión emocional de sí mismo (CE) que ayuda a comprender las emociones y sentimientos, para percibirnos de las cosas y conocer el porqué de estos; y por último la asertividad (AS) que ayuda a expresar creencias, defender nuestros derechos de manera no destructivas, expresar sentimientos y pensamientos teniendo el conocimiento de no hacer daño a los demás.



3. Componentes de adaptabilidad (CAD): área que reúne los siguientes componentes. La prueba de la realidad (PR) habilidad que nos hace evaluar lo que experimentamos (lo subjetivo) y lo que existe en realidad (lo objetivo). Así también está la flexibilidad (FL) que ayuda al ajuste de los pensamientos, emociones y conductas a condiciones y situaciones cambiantes. Y por último la solución de problemas (SP) que nos ayuda a generar soluciones afectivas antes problemas que debemos identificar y definir bien.
4. Componente del estado de ánimos en general (CAG): área que reúne los siguientes componentes. Comenzando con el optimismo (OP) habilidad que ayuda y sentimientos negativos. También está la felicidad (FE) que ayuda a disfrutar de a mantener la actitud positiva, de ver la vida más brillante a pesar de las situaciones adversas uno mismo y entre otros, expresar sentimientos positivos y sentirse satisfechos con la vida propia.
5. Componente del manejo del estrés (CME): área que reúne los siguientes componentes. El control de impulsos (CI) habilidad que nos permite postergar o resistir ante una tentación o impulso controlando nuestras emociones, así también la tolerancia al estrés (TE) habilidad que ayuda a soportar situaciones de estrés conjuntas con emociones fuertes sin desmoronarnos, buscando soluciones positivamente ante el estrés.

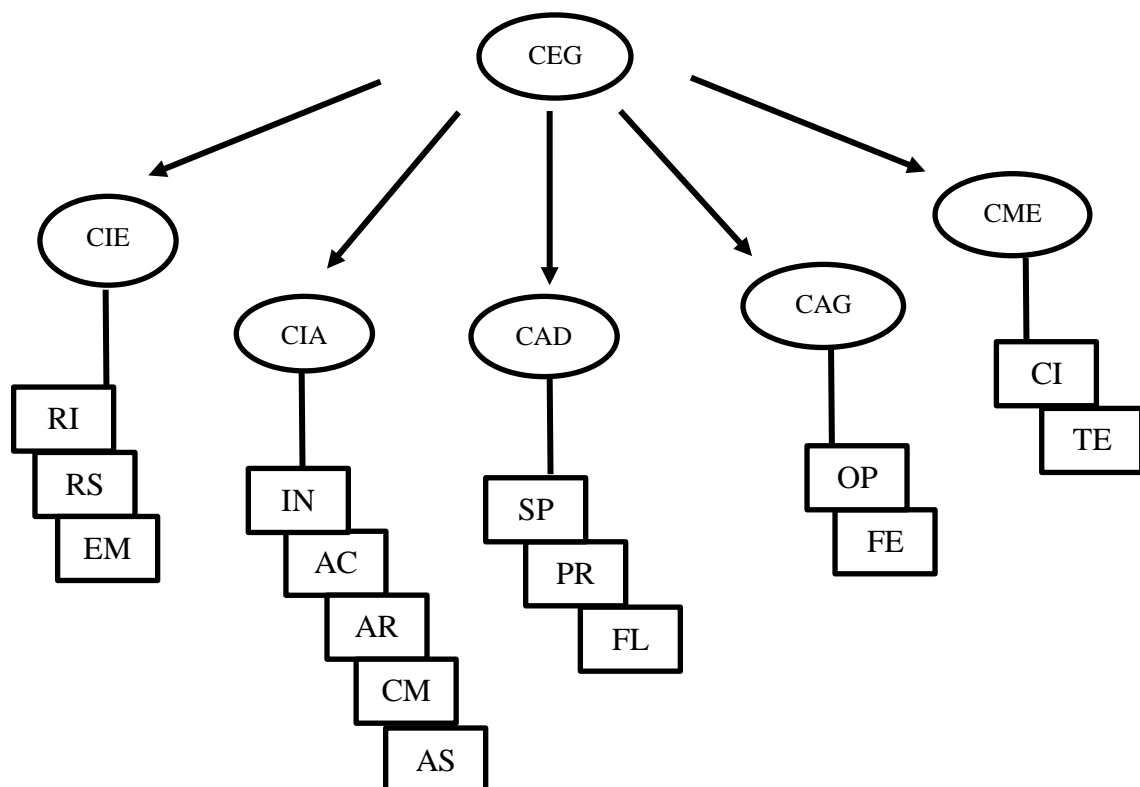


Figura 2 Enfoque sistemático de los 15 subcomponentes de la inteligencia emocional y social del I-CE de BarOn



Nota: Abreviaturas: CEG: cociente emocional general; CIE: componente interpersonal; CIA: componente intrapersonal; CAD: componentes de adaptabilidad; CAG: componente del estado de ánimo en general; CME: componente de manejo de estrés. Los subcomponentes RI: relaciones interpersonales; RS: responsabilidad social; EM: empatía; IN: independencia; AC: Autoconcepto; AR: autorrealización; CM: comprensión de sí mismo; AS: asertividad; SP: solución de problemas; PR: prueba de realidad; FL: flexibilidad; OP: optimismo; FE: felicidad; CI: control de impulsos; TE: tolerancia al estrés. Fuente: BarOn (2010)

El enfoque topográfico constituye los componentes de la inteligencia no cognitiva de acuerdo con un rango, distinguiendo factores centrales (FC) o primarios relacionados con factores resultantes (FR) o de más alto orden y que están conectados por un grupo de factores de soporte (FS) un apoyo, secundarios o auxiliares.

La inteligencia emocional tiene 3 factores centrales que son: la empatía (muestra habilidad para comprender, apreciar y reconocer los sentimientos de las demás personas), la comprensión de sí mismo (muestra la habilidad para reconocer y comprender nuestros estados de ánimo, sentimientos y emociones. Como ultimo el asertividad (muestra habilidad para expresar las sentimientos y emociones). Los otros dos factores centrales son la prueba del control de los impulsos y la realidad.

Estos factores centrales como las relaciones interpersonales, la solución de problemas y la autorrealización, contribuyen a la felicidad, es decir, la habilidad que hace sentir alegres a las personas, satisfecho con uno mismo y los demás para disfrutar de la vida.

c. Modelo Mixto de Fragoso

Uno de los autores que estudia el modelo mixto es Fragoso (2015) en sus diversas investigaciones reformulando para un mejor entendimiento ante la variable de inteligencia emocional, sus dimensiones y competencias.

1. La autorregulación: está relacionada con el control interno que conlleva tener beneficios propios y para las demás personas; sus competencias son orientación a los resultados, optimismo, autocontrol emocional y adaptabilidad.
2. El conocimiento de uno mismo: parte del autoconocimiento emocional, que nos guía a entender señales internas, hablar sin limitaciones de nuestras emociones generando nuestras acciones, escuchar desde la intuición y reconocer como los sentimientos afectan el desempeño laboral.



3. La regulación de relaciones interpersonales: se basa en la influencia sobre otro o la persuasión; sus competencias son manejo de conflicto, colaboración, inspiración de liderazgo, trabajo en equipo y la influencia.
4. La conciencia social: sus dimensiones van direccionadas a tener buenas relaciones interpersonales, tener conciencia organizacional y la empatía.

2.2.4 Importancia de la inteligencia emocional en la diabetes

En estos últimos años se busca tener más información sobre la inteligencia emocional y su relación con la salud por ello Martínez, Piqueras y Ramos en el (2010) nombran que los niveles bajos de inteligencia están relacionados a ciertos trastornos psicológicos y que a niveles altos de inteligencia emocional están relacionados con una buena salud mental. Por ello indican que la inteligencia emocional parecer tener un papel importante ante la sintomatología y enfermedades médicas.

Otro autor según su investigación Marcilla (2013) explica que tener control de muestras emociones y mandar de forma positiva sin duda tiene efectos muy importante en el control de una diabetes, por ello define la inteligencia emocional como aquella capacidad de la persona para reconocer emociones y entender lo que nos aporta cada una de ellas, con la finalidad de regularlas de manera satisfactorias y promover aquellas que nos provocan estados de ánimo positivo. La manera en que la inteligencia emocional ayuda a un paciente diabético es que, a nivel psicológico el estrés, la depresión y la ansiedad son los diagnósticos más comunes en pacientes diabéticos. Diversos estudios muestran como la inteligencia emocional puede protegernos o al menos hacernos menos vulnerables a estos trastornos, desarrollándose esta habilidad se puede ayudar al paciente a disminuir la frecuencia y la intensidad de los estados de ánimos negativos provocados por las diferentes situaciones adversas de la vida cotidiana de una persona.

Por otro lado, Garay (2016) expone que el apoyo social es importante para mejorar la adherencia al tratamiento, lo que conlleva también a un mejor control metabólico y menor grado de neuropatía. Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad se presenta un evento estresante para él, su familia y entorno o grupo social. Tener un descontrol metabólico está relacionado a los niveles de estrés que influyen en ella, así también existen factores que están presentes en la vida de las personas que tienen diabetes las más significativas es la depresión y el estrés psicológico debido que al dar un



diagnóstico la persona tiene conocimiento de que tiene que cambiar su estilo de vida o acortarla según la gravedad en la que se encuentra, también saber que hay complicaciones y que deben seguir varias instrucciones y recomendaciones responsables para cuidar mejor que antes su vida; todo esto conllevar tener un giro de 360 grados en la vida del paciente diagnosticado. Una persona de por sí ya vive con algunas situaciones que le generan estrés entonces al ser diagnosticado se aumenta ese grado de estrés al tener que vivir de una manera a la cual no estaba acostumbrada y esto le puede generar un descontrol metabólico haciendo que el paciente abandoné la medicación, no haga ejercicios e incluso no seguir una dieta balanceada que es importante para mantener un buen estado corporal; por ello se nombra que a causa del estrés que vivencian inician cambios psicofisiológicos en el paciente.

En un estudio que realizo Goleman (1998) nombra la relación que existe entre la diabetes e inteligencia emocional argumentando que un paciente cuando se presenta a una consulta muchas veces viene con muchas emociones tóxicas como el temor, la ira, el aislamiento, el pesimismo y la depresión; esto se ve más frecuente en el proceso del diagnóstico, en el inicio de una complicación, en el cambio de tratamiento o incluso algunos pacientes experimentan emociones mencionadas a diario debido a cuadros clínicos presentes.

2.2.5 Adherencia al tratamiento médico

2.2.5.1 Definición de la adherencia al tratamiento

Uno de los primeros en estudiar la importancia de la adherencia al tratamiento son Haynes y Sackett (1979) donde nombran que el juicio del doctor ante el cumplimiento de su tratamiento de un paciente es un método totalmente subjetivo ya que solo es la propia estimación del médico acerca del cumplimiento por parte del paciente. Por ello los médicos solo sobreestiman el cumplimiento de su tratamiento en los pacientes y dan su punto de vista desde un juicio clínico como si se tirara una moneda al aire.

Seguidamente Martin (2004) hace un estudio bastante riguroso acerca de las diferentes definiciones que existían en la literatura psicológica y médica para describir a este fenómeno como una alianza, cumplimiento, colaboración, adhesión y adherencia terapéutica, entre otros.



Rand (1993) nombra acerca de la adherencia al tratamiento que el hecho que los pacientes no se adhieran adecuadamente a la medicación prescrita y a los regímenes conductuales es un problema médico importante ya que es más deficientes cuando el régimen del tratamiento es preventivo en lugar de curativo, cuando los pacientes están asintomáticos y cuando la duración del tratamiento es prolongada.

Según Libertad y Grau (2004) la adherencia al tratamiento se presenta después de un diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la percepción de la situación de la persona que lo padece y el significado o interpretación que vaya a darle. La enfermedad puede ser percibida como un reto, un castigo, un evento estresante, una pérdida, una amenaza o también un beneficio que conlleve tener más responsabilidad, cuidar más de las situaciones personales y la relación con los demás; y según a cada percepción de cada paciente ellos adoptaran su rol como enfermo y lo tomaran de positiva o negativa la situación.

Por otro lado, también Martin y Grau (2004) la han definido de otra forma, donde indican que se va relacionado al seguimiento o cumplimiento de las instrucciones médicas. Tras varias investigaciones a lo largo de los años se ha ido dándole más importancia a como el paciente está dentro de la adherencia al tratamiento y poco a poco se ha ido superando ese concepto reduccionista. Por ello otros aspectos no farmacológicos pero que, si son importantes para cumplir el tratamiento como la actividad física, la modificación de hábitos alimenticios, el manejo de emociones, etc. Se ha comenzado a considerar como parte fundamental para una adherencia más completa.

Según Silva, Galeno y Correa en el (2005) definen a la adherencia al tratamiento o como también lo llaman ellos el cumplimiento terapéutico; se definió como las personas con su comportamiento coincide con las recomendaciones médicas que ayudaran al cuidado de su salud como el tomar los medicamentos cumpliendo la hora y forma establecida, realizarse estudios de laboratorio o pruebas secundarias solicitadas para cualquier descarte, asistir a las consultas mensuales programadas y realizar cambio en su estilo de vida.

Varela (2010) la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que conlleva tener algunos nuevos comportamientos diarios los cuales deberán coincidir y ser coherentes al



realizarlos bajo las recomendaciones que no son discutidas y al contrario deben ser aceptadas por el paciente ante su médico tratante, reflejando así su participación activa del paciente ante su enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (2003) nombra que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los paciente, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdician recursos asistenciales” esto dicho por el doctor Derek Yach, Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

2.2.6 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

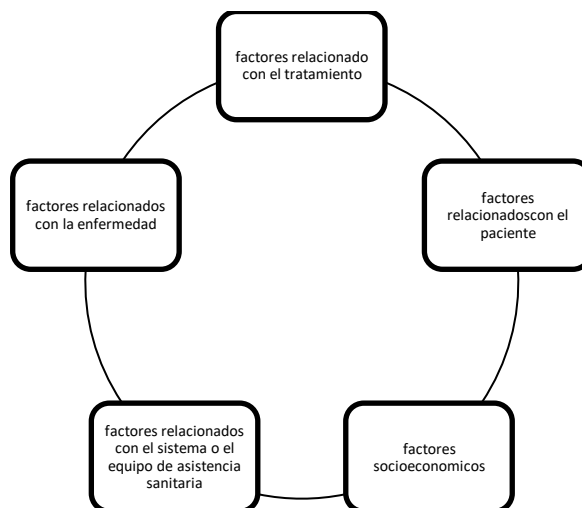
Para la Organización Mundial de la Salud (2003) señala que la adherencia al tratamiento está constituida por 5 factores.

- a. Factor socioeconómico: algunos factores a considerar sobre la adherencia son; la falta de redes de apoyo social afectivo, la lejanía del centro de tratamiento, las creencias populares acerca de la enfermedad, las condiciones de la vida inestables, el bajo nivel educativo, el alto costo de la medicación, el estado socioeconómico deficiente, las situaciones ambientales cambiantes, el costo elevado del transporte, el analfabetismo, el tratamiento, el desempleo, la pobreza, la disfunción familiar y la cultura.
- b. Factor relacionado a la atención medica: hay diversos factores que hace que se dé una buena relación proveedor-paciente que hace que aumente la confiabilidad de la adherencia terapéutica pero también hay alguno que no y estos son: la falta de conocimiento, consultas cortas, falta de incentivos, reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, servicios de salud poco desarrollados, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, y retroalimentación sobre el desempeño, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla, sistemas deficientes de distribución de medicamentos y poca capacidad de autocuidado.
- c. Factores relacionados con la condición del paciente: algunos determinantes necesarios de la adherencia es el grado de la discapacidad (psicológica, física,



vocacional y social), la gravedad de la enfermedad, las relacionadas con la gravedad de los síntomas, la disponibilidad de tratamientos efectivos y la velocidad de progresión.

- d. Factores relacionados con el tratamiento: son varios factores alternos que intervienen y dentro de ellos se encuentran la inminencia de los efectos beneficiosos, la duración del tratamiento, la complejidad del régimen médico, la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos, los efectos colaterales, los cambios frecuentes en el tratamiento y los fracasos de tratamientos anteriores.
- e. Factor relacionado con la autonomía del paciente nombrando los siguientes factores; la comprensión y la destreza inadecuada de tener bajo control los síntomas de la enfermedad, el olvido, la incitación para tener una buena adherencia al tratamiento preestablecido es influenciada por la capacidad del paciente conlleva a seguir con el tratamiento y por el grado de confianza, la motivación para tratarla, la angustia por los posibles efectos adversos, las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, la confianza hace que se involucren en los comportamientos terapéuticos del diagnóstico de la enfermedad, el conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, las experiencias, conocimientos y las expectativas acerca del diagnóstico de la enfermedad, el estrés psicosocial y la baja motivación.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2003)

Figura 3 Los cinco factores según la Organización mundial de la Salud que hacen adherirse al tratamiento.



2.2.7 Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento

Según Ibarra y Morrillo (2017) el no tener una buena adherencia o no cumplirla trae consecuencias de tipo social, clínico y económico.

- a. Consecuencias clínicas: estas se presentan según el tipo de no adherencia y se presentan de dos formas: 1. Que no se inicie el tratamiento o sea interrumpida una vez iniciada; 2. Una adherencia óptima que da esperanza de vida y trae mejoras para su calidad de vida, así como seguridad en los medicamentos y mejora en la enfermedad.
- b. Consecuencias económicas: En varios estudios realizados muestran que la falta de adherencia trae consecuencias económicas a los sistemas sanitarios, como un incremento de hospitalizaciones, pruebas complementarias, aumento en los costos del sistema sanitario, visitas de urgencias y utilización de otros medicamentos
- c. Consecuencias sociales: Una persona que tiene una enfermedad se ve afectada en el ámbito social al adherirse a su tratamiento y esto conlleva una fuerza de voluntad para su mejoraría y en caso contrario una gran complicación.

2.2.8 Evaluación de la adherencia al tratamiento

Algunos autores como Cuevas y Sanz (2016) señalan que como la adherencia al tratamiento es complejo, múltiple y presenta un grado de dificultad se debe tener un sistema de evaluación idóneo debido que en la actualidad existen ya varios métodos únicos; nombrando así que en el área clínica ya existen 2 tipos de métodos de evaluación para medir el grado de adherencia al tratamiento, nombrándolas seguidamente.

- a. Métodos objetivos: con su subclasificación
 - Método objetivo directo: se basa en tomar el psicofármaco prescrito medicamento, sus metabolitos o de sustancias trazadoras de fluidos biológicos como la saliva, sangre, orina e incluso el pelo. Al hacer una observación de estos fluidos podríamos precisar que el paciente tomo la medicación, aunque no es tan valido o cierto este método.
 - Método objetivo indirecto: se observa a través de las circunstancias relacionadas a la toma de medicación y el grado en la cual controlan los pacientes su enfermedad. Esto se realiza cuando el paciente trae sus



pastillas y es revisada cuantas fue tomada porque les dan por meses o fechas establecidas (esto se da en cualquier paciente o población), el otro es saber la base de datos de las farmacias (esto se va más para grandes cantidades de personas) y por último el método es la tecnología monitorizada (en la cual dispositivos electrónicos evalúan cuando un paciente abre y cierra según el tiempo su pastillero y así calcular cuantas su tasa de adherencia)

- b. Método subjetivo: en la cual evalúan sus conocimientos acerca de su enfermedad y estas son evaluadas por especialistas con preguntas que ellos las formulan, aquí también está la conducta de los pacientes al momento de la entrevista y los más usados son: las entrevistas, el criterio o juicio médico y los cuestionarios.

2.2.9 Dimensiones de la Adherencia

Según Molina en el (2008) nombra que para definir el fenómeno de la adherencia tiene las siguientes dimensiones:

- Dependientes del paciente: va relacionado a la decisión de aceptar y cumplir su tratamiento que le dará el médico tratante, entendiendo la influencia del estado de la enfermedad, el equilibrio asistencial, nivel socioeconómico, creencias de los pacientes respecto a la medicación, su cultura y su actitud hacia la enfermedad.
- Relación paciente – personal de salud: encontrar una buena relación del personal de salud con los pacientes muchas veces determina la confianza, flexibilidad, continuidad, buen trato, accesibilidad y entre otros que favorecen en tener una buena adherencia al tratamiento; permitiendo que el paciente con más confianza le exponga sus dificultades en el tratamiento, dudas y como va progresando en su enfermedad, buscando así soluciones ante problemas que se susciten conjuntamente.
- Características del tratamiento: para varios autores que estudian la complejidad de que el paciente cumpla con su tratamiento, nombran que es difícil cumplirlo debido que conlleva una administración diaria de su medicación en una hora determinada, los cambios del estilo de vida en tanto la buena alimentación y el



sedentarismo y tener en cuenta reacciones adversas que trae la medicación. Así mismo está demostrado que a mayor número de fármacos y la frecuencia de su administración en el día disminuye la adherencia al tratamiento de los pacientes, también está la presencia de efectos adversos al no tomar a la hora la medicación, olvidarse o incluso como no se puede controlar la alimentación trae consigo falencias.

2.2.10 Modelos explicativos de la adherencia al tratamiento

Varios autores explican desde sus investigaciones, diferentes modelos sobre la adherencia al tratamiento y tomando de referencia están Martos, Pozo y Alonso (2010) donde nombra 3 modelos explicando la conducta que tiene una persona para tener una buena adherencia y que está acompañada de creencias, componentes psicosociales y actitudes.

A. Modelo de la acción razonada:

El modelo de la acción razonada propuesta por Fishbein y Ajzen (1967) intenta explicar conductas saludables a través de los factores comportamentales y actitudinales, los cuales determinaran el comportamiento de las personas, es decir su intención de tener un bajo control su enfermedad o que tenga la intención de realizar dicho comportamiento. Esta intención comportamental será basará en 2 determinantes: comenzando con el reflejo de la influencia social que sería la norma subjetiva y la naturaleza personal que conlleva las actitudes.

B. Modelo de creencias de la salud:

El modelo de creencias de la salud propuesta por Becker y Rosenstok (1974), se basa en la inspiración cognitiva donde dichos comportamientos son los resultados de valoraciones internas, conjunto de creencias que la persona tiene ante una situación.

C. Modelo de autoeficacia de Bandura

El modelo de autoeficacia de Bandura (1997) nombra que la conducta humana y la motivación están reguladas por los pensamientos y 3 tipos de expectativas; comenzando con la expectativa de resultados la cual una persona tiene creencias que una conducta



producirá ante determinado resultado; el segundo es la expectativa de la situación debido a las consecuencias producidas por eventos ambientales; y por último la expectativa de autoeficacia percibidas que nacen de las creencias de una persona al desempeñar necesarias que la permitan obtener los resultados deseados.

2.2.11 Diabetes

- Definición de diabetes

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), define a la diabetes como una enfermedad crónica que se da cuando el organismo no utiliza adecuadamente la insulina que produce o la enfermedad del páncreas debido que no produce suficiente insulina para mantener el cuerpo. Al no ser controlada la diabetes se le denomina hiperglucemia (aumento de la azúcar en la sangre), esto daña varios órganos y sistemas agravándolos al pasar los años específicamente los vasos sanguíneos y los nervios.

La federación internacional de diabetes (2019) nombra que es denominada como una afección grave de largo plazo que se da cuando los niveles de glucosa son altos en una persona, debido que el cuerpo no produce o no genera la cantidad necesaria de la hormona de la insulina y en ocasiones no utiliza de manera eficaz lo que produce.

Para la American Diabetes Association (2018) nombra que el diagnóstico se puede realizar con base en los niveles de glucosa en plasma y esta se puede realizar mediante una prueba rápida de glucosa en plasma o en una de 2 horas después de haber ingerido 75gramos de glucosa vía oral o con pruebas de hemoglobina glucosilada (A1C)

El Ministerio de Salud y la dirección de Prevención de enfermedades No transmisibles y Oncológicas (2016) nombra que la diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que es tiene diversas causas; esta se caracteriza por ser un trastorno del metabolismo de las grasas, carbohidratos y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina y también por ser una hiperglucemia crónica.

Uno de los diversos autores es Conget (2002), en la que define la diabetes como la alteración metabólica por la presencia de hiperglucemia crónica, esto dependerá si será en mayor o menor medida; así también se ve alterada el metabolismo de las proteínas, hidratos de carbono y proteínas.



- Tipos de diabetes

La Organización Mundial de la Salud (2020) clasifica la diabetes en tres tipos principales, siendo los siguiente:

Diabetes tipo 1

- Denominada anteriormente diabetes juvenil, de inicio en la infancia o insulinodependiente, esta se caracteriza porque no hay producción suficiente de insulina y se necesita la administración diaria de esta hormona. Entre los síntomas se incluyen la sed (polidipsia), pérdida de peso, excreción excesiva de orina (poliuria), trastornos visuales, hambre constante y cansancio; esto puede aparecer de forma progresiva. A la actualidad se desconoce la causa y por ello no se puede prevenir.

Diabetes tipo 2

- Denominada anteriormente diabetes de inicio en la edad adulta o no insulinodependiente; se debe a una utilización de la insulina por el organismo; la mayoría de las personas tienen un sobrepeso corporal y la inactividad física presente en sus vidas. Los síntomas pueden ser similares a la de tipo 1, pero son menos intensos; así también puede ser diagnosticado varios años después de ser identificado o que presente los primeros síntomas y al contrario se diagnostica cuando ya se presentan las complicaciones. Anteriores años esta era solo diagnosticada a personas adultas, pero con el tiempo se llegó a diagnosticar a menores de edad.

Diabetes gestacional

- Se caracteriza por hiperglucemia con valores que pese a ser superior a los normales, son inferiores a los establecimientos para diagnosticar la diabetes y la cual aparece durante el embarazo. Las madres que tienen este diagnóstico corren riesgo de sufrir complicaciones durante la etapa del embarazo y parto; posteriormente tienen mucha más probabilidad de ser diagnosticados con la diabetes de tipo 2. Este tipo de diabetes se diagnostica mediante pruebas prenatales más que por la referencia del paciente con los síntomas.



La institución ADA nombra otras clasificaciones o tipos de diabetes por otras causas, entre ellas está la enfermedad del páncreas exocrino (como la fibrosis quística), el síndrome de diabetes monogénica, tratamientos del VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos) y diabetes inducida por fármacos o productos químicos (como producida por glucocorticoides).

2.2.12 Programa nacional de prevención y control de la diabetes

El club de diabéticos del hospital regional del Cusco es una institución creada para promover la salud integral del paciente con diagnóstico de diabetes, en la cual se brindan atenciones médicas y psicológicas que ayudan a la mejoría de la salud. Esta institución tiene pacientes de todas las edades y lugares del Cusco ya que su participación es voluntaria de la persona, tomando la decisión de reunirse todos los jueves en charlas del cuidado de la salud que eran brindadas por el servicio y también por voluntarios que de diversas carreras y universidades que apoyaban esta causa. El medio responsable del servicio de endocrinología es el doctor Marco Gamarra el cual, brinda diagnóstico e información respecto al tema e invita a formar parte de este club que les da ventajas para la medicación y consultas que puedan tener los pacientes para ser absueltas.

2.2.13 Atención de la salud mental de diabéticos en el Perú

Diez y otros en el (2014) nombran el sub diagnóstico o mal tratamiento de las personas que tienen algún problema de salud mental se ve más en los países de economía baja y media y esto se puede comparar incluso con la comorbilidad de otras enfermedades no transmisibles crónicas no transmisibles. En una publicación hecha en el 2008 por el Ministerio de salud y la Organización Mundial de Salud encontraron esta problemática en el acceso al tratamiento, identificando elementos intrínsecos al sistema de salud que obstaculizaban la provisión de servicios de salud mental a nivel nacional, uno de los elementos que tiene los servicios de salud mental es el escaso presupuesto asignado para esta área, ya que según los datos del 2005 solo equivalió al 3% del presupuesto total del sector salud. Así mismo nombraron que el 98% de los recursos fueron asignados a 3 instituciones psiquiátricas ubicadas específicamente en Lima. Si observamos las brechas en la atención de la salud mental en el Perú se llega a la conclusión que existe una carga de enfermedades de los trastornos de salud mental que traen consigo y el escaso interés en dar solución e interés frente a esta problemática, lo que significa que existe una



distribución inequitativa de los recursos del país, el reducido financiamiento, la distribución inequitativa oferta de servicios y la inadecuada oferta de servicios. Entendiendo todo este escenario en la cual se encuentra el Perú con trastornos mentales y enfermedades crónicas de alta comorbilidad entre enfermedades se requiere tener un tratamiento para ambas condiciones de manera integrada y conjunta; siendo la atención primaria la más favorable para la atención.

2.2.14 Salud mental del diabético

El centro para el control y la prevención de enfermedades en el año (2019) la salud mental afecta varios aspectos en la vida de la persona como la relación con los demás, la forma en que piensa y siente, el tomar decisiones y saber manejar el estrés. Por esta razón para un paciente diabético tener un problema de salud mental hace que se le dificulte mucho más el apegarse a su plan de cuidado de su enfermedad. Nombrando así lo siguiente dificultades que presentan:

- La conexión entre el cuerpo y la mente: en la cual están los sentimientos, las actitudes, los pensamientos y creencias pueden afectar al cuerpo si llegan a presentar problemas de salud mental y llegar a empeorar por la diabetes. Si es tratado una de los dos automáticamente el otro mejorara.
- La depresión es más que solo estar de mal humor: la depresión es una enfermedad medica que causa sentimientos de tristeza y perdida de interés en algunas actividades que solía hacer y disfrutar la persona, estas interfieren a las algunas actividades diarias que realizaban con normalidad y se ve reflejado en el desempeño del trabajo entonces tan fuerte es estas ganas de no hacer nada que influye en el cuidado de su enfermedad diagnosticada que es la diabetes, estos pacientes tienen muchas más probabilidades de presentar una depresión incluso más que las personas sin un diagnóstico. En la actualidad solo el 50% o el 25% de estos pacientes diagnosticados con depresión llegan a recibir el diagnóstico, tratamiento con terapia y medicación e incluso en ocasiones ambas.
- El estrés: desde que un paciente es diagnosticado de diabetes el cuidado diario y las necesidades de las familias se ven alteradas debido que el paciente se puede sentir debido a ello enojado o con temor por ser una situación nueva en su vida. Nombrando el Centro para el control y la prevención de enfermedades (2019) el



estrés es una reacción que hace que el cuerpo produzca latidos fuertes del corazón, sudoración o incluso las dos juntas según se da la situación. Si la persona diabética se encuentra estresada es probable que se cuiden menos de lo habitual viéndose reflejado en sus niveles de azúcar en la sangre debido que las hormonas del estrés hacen que suban o bajen de una manera impredecible y como tiene una carga de estrés bastante elevado hace que se suban (aumento de glucosa).

- La ansiedad: es aquel sentimiento de temor o preocupación, sensación de tensión generalizada en el cuerpo y la mente y el cuerpo responden al estrés. Los pacientes diagnosticados con diabetes tienen más probabilidad al 20% mayor que aquellas sin diabetes en algún momento de su vida.
- El distrés por la diabetes: muchas veces las personas con diagnóstico de diabetes se sienten desanimados, preocupado, frustrados o sentir cansancio por cuidar diario estrictamente su salud, en ocasiones las personas diagnosticadas con diabetes se sienten controladas por la enfermedad y no al revés; esto siendo tal vez porque el paciente no pone esfuerzo y por ello no ve resultados en su tratamiento o por que se le presenten algunas complicaciones antes su enfermedad de la diabetes, incluso poniendo todo el esfuerzo día a día. Estos sentimientos abruma a las personas y se denominan el distrés por la diabetes llegando muchas veces a descuidar su salud y tomar hábitos poco saludables, dejar de ir a consultar mensual o según la fecha indicada y no se hacen controlar el nivel de azúcar en su sangre. Esto les pasa mucho a las personas con este diagnóstico después de llevar años de manejo de la enfermedad en un periodo de 18 meses entre el 33% y 50% de las personas.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H₀: No existe relación entre la Inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

H₁: Existe relación entre la Inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.



2.3.2 Hipótesis específicas

1. H_0 : No existe relación entre la dimensión intrapersonal y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

H_1 : Existe relación entre la dimensión intrapersonal y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

2. H_0 : No existe relación entre la dimensión interpersonal y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

H_1 : Existe relación entre la dimensión interpersonal y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

3. H_0 : No existe relación entre la dimensión adaptabilidad y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

H_1 : Existe relación entre la dimensión adaptabilidad y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

4. H_0 : No existe relación entre la dimensión manejo de estrés y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

H_1 : Existe relación entre la dimensión manejo de estrés y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.



5. H0: No existe relación entre la dimensión estado de ánimo general y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

H1: Existe relación entre la dimensión estado de ánimo general y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.

2.4 Variables

2.4.1 Identificación de variables

V1: Inteligencia emocional

V2: Adherencia al tratamiento



2.4.2 Operacionalización de variables

Tabla 1 Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Medición	Expresión Parcial	Expresión Final
Inteligencia Emocional	Bar-On (1997) define a la inteligencia emocional tomando como base a Salovey y Mayer (1990). La describe como un conjunto de conocimientos y habilidades en lo emocional y social que influyen en nuestra capacidad general para afrontar efectivamente las demandas de nuestro medio. Dicha habilidad se basa en la capacidad del individuo de ser consciente, comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva.	Se describe como un conjunto de conocimientos y habilidades en lo emocional y social que influyen en la capacidad general (comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva) de pacientes diagnosticados con diabetes para afrontar efectivamente las demandas de nuestro medio, el mismo que fue medido a través de inventario EQi-YV BarOn Emocional Quotiente Inventory.	Intrapersonal	Comprensión de sí mismo.	7, 9, 23*, 35*, 52*, 63, 88, 116*	1. Rara vez o nunca es mi caso. 2. Pocas veces es mi caso. 3. A veces es mi caso. 4. Muchas veces es mi caso 5. Con mucha frecuencia o siempre es mi caso.	Mayor igual a 130 – Capacidad emocional marcadamente alta De 120 a 129 Capacidad emocional Muy alta. De 110 a 119 Capacidad emocional Alta De 90 a 109 Capacidad emocional adecuada De 80 a 89 Capacidad emocional baja De 70 a 79 Capacidad	116 a más – Capacidad emocional muy desarrollada 85 a 115 – Capacidad emocional adecuada Menor o igual a 84 – Capacidad emocional por mejorar
				Asertividad.	22*, 37, 67, 82*, 96, 111*, 126*			
				Autoconcepto.	11, 24*, 40, 56*, 70*, 85, 100, 114, 129			
				Autorrealización.	6, 21*, 36*, 51*, 66*, 81, 95, 110, 125*			
				Independencia.	3, 19*, 32*, 48*, 92*, 107*, 121*			



			Interpersonal	Empatía	18*, 44, 55, 61, 72, 98, 119, 124		emocional muy baja	
				Relaciones interpersonales	10*, 23*, 31, 39, 55, 62, 69*, 84, 99, 113, 128*		Menor igual a 69 capacidad emocional Marcadamente baja	
				Responsabilidad social	16, 30*, 46*, 61, 72, 76*, 90, 98, 104, 119			
			Adaptabilidad	Solución de problemas	1, 15, 29, 45, 60, 75*, 89, 118*			
				Prueba de realidad	8, 35*, 38*, 53*, 68*, 83*, 88, 97*, 112, 127*			
				Flexibilidad	14*, 28*, 43*, 59*, 74, 87*, 103*, 131*			
			Manejo de estrés	Tolerancia al estrés	4, 20, 33, 49*, 64*, 78,			



					93*, 108, 122*			
				Control de impulsos	13*, 27*, 42*, 58*, 73*, 86*, 102*, 117*, 130*			
			Estado de ánimo general	Felicidad	2*, 17*, 31, 47, 62, 77*, 91*, 105, 120			
				Optimismo	11, 20, 26, 54, 80, 106, 108, 132*, 133			



Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	ítems	Medición	Expresión Final
Adherencia al tratamiento	Molina en el (2008) nombra que la adherencia al tratamiento es el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas sean estas de naturaleza médica o psicológica – conductual. Los factores que afectan la adherencia son: Dependiente del tratamiento, del paciente, de la relación pacientes-personal de salud y del sistema de salud.	Se nombra que la adherencia al tratamiento es el grado en que el paciente cumple las indicaciones medicas o psicológica – conductual en los pacientes diagnosticados con diabetes, viéndose afectado los siguientes factores como la dependiente del tratamiento, del paciente, de la relación pacientes-personal de salud y del sistema de salud.	Características del tratamiento	Tratamiento farmacológico	1	A= 2: insulina B=3: Hipoglucemiantes orales (pastilla) C=1: Insulina + pastillas D=4: No recibe medicinas	52 – 62 puntos Adherencia optima
					2	A= 4: Uno B= 3: Dos C=2: Tres D=1: Mas de 3	44 – 51 puntos Adherencia inadecuada o sub optima
					3	A= 3: Familia B= 2: Vecinos C=1: Personal de salud D=4: Nadie	
					4	A= 1: Si, siempre B= 2: Mas de la mitad de las veces C=3: Alguna vez D=4: En ninguna ocasión	20 - 43 puntos No existe adherencia
				Tratamiento no farmacológico	-	-	
	Dieta	8	A= 2: Frituras y harinas B= 4: Carnes, verduras y harinas C=3: Granos integrales como				



						trigo y arroz integral D=1: Harinas y dulces
					9	A=0: 1 a 2 B=1: 3 a 5 C=0: 6 a mas
				Ejercicios	10	A=1: Si B=0: No
					11	A=2: De 1 a 3 B=3: De 4 a 5 C=4: De 6 a 7 D=1: No realiza
				Educación	-	-
			Relación Paciente personal de Salud	Relación interpersonal con el equipo de salud	14	A=1: Mala B=3: Regular C=4: Buena D=5: Muy buena E=2: No recibió atención
					16	A=3: Si B=1 No C=2: No recibo atención
			Dependiente del paciente	Edad	-	-
				Sexo	-	-
				Ingreso económico	12	A=1: Si B=0: No
				Ocupación	13	A=1: Si B=0: No



				Grado de instrucción	6, 7	Alternativas de la pregunta 6 A=1: Mucho B=2: Poco C=3: Nada Alternativas de la pregunta 7 A=1: Mala B=2: Regular C=3: Buena	
--	--	--	--	----------------------	------	---	--



2.5 Definición de términos básicos

- Inteligencia emocional: donde nombra que las personas desarrollamos un conjunto de habilidades emocionales a lo largo de nuestra vida las cual se divide en personal e interpersonales, todo ello influyendo a las demandas que se afronta día a día, presiones del ambiente y exigencias. Por ello se convierte en un factor determinante para ver la capacidad del logro del éxito en la vida personal, la cual se influye con el bienestar emocional. BarOn (2018)
- Adherencia al tratamiento: es el cumplimiento de las indicaciones ya sean psicológicas o medicas que les dan un médico tratante y esto se puede ver por grados e incluso tener medición. Hay algunos factores que afectan la adherencia que es la relación paciente -personal de salud, el sistema de salud y según como es el tratamiento. Ramos (2015)
- Diabetes: Es una enfermedad crónica que producida cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina o que aparece cuando no produce el páncreas insulina suficiente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. Organización Mundial de la Salud (2020)



Capítulo III

Método

3.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo como lo indica, Hernández Sampieri (2018) debido a que se midió las variables en un determinado contexto utilizando métodos estadísticos para extraer conclusiones respecto a hipótesis en la investigación,

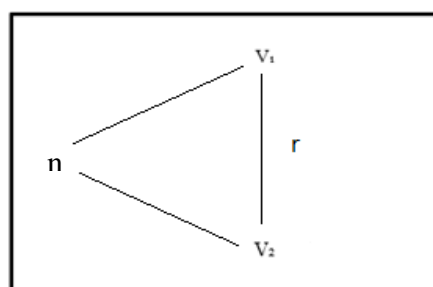
3.2 Alcance del estudio

El estudio responde a un alcance descriptivo correlacional, debido a que se pretende medir a las variables y cuantificarlas a través de un instrumento psicométrico para de esta manera poder conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos como lo menciona Hernández Sampieri (2018). Para el presente trabajo entre las variables inteligencia emocional y adherencia al tratamiento desde su manifestación en el contexto de la realidad local.

3.3 Diseño de investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental debido a que no se manipularán las variables de estudio deliberadamente, y es una investigación transversal ya que la recolección de datos fue a través de la aplicación de las pruebas psicométricas esto se realizó en un solo momento con el propósito de describir y analizar el desarrollo de la inteligencia emocional y adherencia al tratamiento en una población.(Hernandez Sampieri, 2018)

Alcance correlacional de la investigación





Donde:

n = Muestra

V₁ = Inteligencia Emocional

V₂ = Adherencia al Tratamiento

r = Posible relación entre las dos variables

3.4 Población

La población del estudio estuvo conformada por 174 pacientes diabéticos que se atienden en el Hospital Regional del Cusco adscritos a la lista de miembros del Club de Diabéticos del servicio de endocrinología del hospital, de los que en función a sexo se distribuyen de la siguiente manera.

Tabla 2.

Distribución de la población según sexo

Sexo	f	%
Femenino	110	63.2
Masculino	64	36.8
Total	174	100

3.5 Muestra

En el presente estudio se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, cuya técnica nombra que toda la población en general tiene la probabilidad de ser elegidos sin distinción alguna; determinándose con antelación una muestra representativa de la población implicada en el estudio, utilizando la fórmula siguiente para obtener una población finita:

$$n = \frac{N * (Z_{1-\alpha})^2 * p * q}{(N - 1) * e^2 + (Z_{1-\alpha})^2 * p * q}$$



Donde

$Z_{1-\alpha}$: 1.96 (Nivel de confianza del 95%)

p : 0.5 (50% de probabilidad de éxito)

q : 0.5 (50% de probabilidad de fracaso)

e : 5 (5% de error muestral)

N : 174 (Población absoluta)

n : pacientes diabéticos (muestra)

Reemplazando se tiene:

$$n = \frac{174 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(174 - 1) * 0.05 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = 120$$

Obteniendo de esta forma que la muestra para la investigación fue de 120 pacientes entre las edades de 18 a 65 años, con habla español; diabéticos adscritos al Club de Diabéticos del Servicio de Endocrinología del Hospital regional del Cusco en el año 2021. La muestra comprende a hombres y mujeres de mayores de edad.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica usada para recabar los datos de ambas variables en la muestra fue la encuesta y los instrumentos para registrar la información sobre las variables fueron los cuestionarios estandarizados: primero para medir la Inteligencia Emocional EQi – YV BarOn Emocional Quotient Inventory, segundo para medir la adherencia al tratamiento Cuestionario de adherencia al tratamiento de (Molina, 2008).

Nombre original: EQi – YV BarOn Emocional Quotient Inventory

- Autor: Reuven Bar-On
- Precedencia: Toronjo – Canadá
- Adaptación peruana: Nelly Ugarriza
- Administración: Se tomará de manera individual o grupal – tipo cuaderno de preguntas
- Duración: No hay tiempo límite, pero un aproximado es de 30 a 40 minutos



- Aplicación: personas de 15 años a más con un nivel de comprensión lectora de 6to grado en adelante
- Puntuación: la sumatoria de la calificación se puede obtener manual o computarizada
- Significación: Estructura factorial: 1 CE-T-5 Factores componentes: 15 subcomponentes
- Tipificación: Baremos peruanos
- Significación: Estructura Factorial: ICE - T- 5 Factores componentes 15 subcomponentes.
- Usos: En los diferentes ámbitos como es el clínico, educacional, la investigación, medico, jurídico y laboral, dentro de ello profesionales que se dedican a la consultoría médica, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, psiquiatras y orientadores vocacionales.
- Materiales: Cuestionario que contiene los ítems del I-CE, Hoja de respuesta, Plantilla de Corrección, Hoja de Resultados y de Perfiles (A, B).

Descripción de la prueba:

El inventario nos brinda resultados de un cociente emocional general y de los cinco compuestos. Esto se da bajo la suma de puntuación de los 15 subcomponentes.

Normas para la Corrección y Puntuación: para la calificación del inventario de cociente emocional (I-CE) comprende: La evaluación de la validez de los resultados, la obtención de los puntajes directivos y estándares para los subcomponentes, para los componentes y la obtención del Cociente Emocional Total y de los percentiles.

Pasos por seguir para la calificación del I-CE:

Primero: Evaluar la validez de los resultados del I-CE. considerando la validez de la prueba por la omisión son:

- El puntaje del cociente emocional debe ser considerado inválido si 8 (6% del total) o más de los ítems son omitidos (excluyendo el último ítem 133 que no se tiene en cuenta para el cálculo del puntaje total del I-CE)
- Para los subcomponentes AC, AR, RI, RS, PR, TE, CI, FE que tienen 9 o más ítems: Máximo 3 ítems pueden ser omitidos.
- Para los subcomponentes CM, EM, FL, SO, OP que tiene 8 ítems: Máximo 2 ítems pueden ser omitidos.



- Para los subcomponentes AS, IN que tienen 7 ítems: Sólo 1 puede ser omitido.

Para ver el resultado de la prueba de validez se debe seguir el siguiente procedimiento:

Identificar la hoja de los resultados del I-CE para poner la plantilla de corrección sobre ella y ver la hoja de respuestas al costado. Comenzamos a anotar en un papel adicional el número de respuestas omitidas, al colocar la plantilla de corrección sobre la hoja de respuestas se apreciará si la persona a la cual se le aplicó el instrumento, ha dejado algunos ítems sin respuesta, de ser así debe ver cuál es el código (letra) que le corresponde al ítem para identificar los subcomponentes al que pertenece, la misma que aparece en el cuadro de los componentes del I-CE (Hoja de resultados). Cuente el número de omisiones y escríbalos en el casillero total correspondiente. Si exceden las omisiones a cualquiera de los cuatro criterios señalados se invalida la prueba.

Segundo: Obtención de los puntajes estándar para los subcomponentes.

- Sobre la hoja de respuestas poner la plantilla de corrección
- Teniendo en cuenta el valor negativo o positivo del ítem que corresponde a los códigos de cada escala que aparecen en la plantilla de corrección, sumar los valores absolutos y en la hoja de resultados del I-CE.
- Para realizar el conteo de los ítems negativos se encontrará sombreado en la plantilla de una puntuación inversa.
- Se describe los puntajes directos en los casilleros correspondientes de las quince escalas.
- Colocar en el baremo que le corresponda los puntajes derivados (CE) que corresponde a cada puntaje directo, obtenido por el examinado en cada subcomponente y escribirlo en su respectivo casillero.

Tercero: Obtención de los puntajes estándar para los componentes del I-CE.

- Obtener los puntajes directos para cada una de las cinco escalas que corresponde a los componentes del I-CE y para ello se suma los puntajes directos obtenidos previamente de las escalas que integran cada uno de los componentes. Anote el puntaje directo total del componente en el casillero correspondiente en la hoja de resultados del I-CE. Sólo para el componente Interpersonal (IA), a la suma de los



puntajes directos de las escalas de este componente, se resta la sumatoria de los valores absolutos de los ítems: 55, 61, 71, 98, y 119 respondidos por el examinado. Esta resta se debe al hecho de que en esta escala compuesta hay cinco ítems que pertenecen simultáneamente a dos escalas, y para obtener el puntaje directo de esta escala compuesta sólo se los debe contabilizar una sola vez. Luego el puntaje directo así obtenido se anota en el casillero respectivo de la hoja de resultados.

- Ubicar en el baremo correspondiente el percentil y el puntaje de escala (CE) para cada uno de los cinco componentes del I-CE y anótelos en el casillero respectivo de las hojas de resultados.

Cuarto: Obtención del puntaje estándar CE del I-CE.

- A la sumatoria de los puntajes directos de los cinco componentes del I-CE, respetar los valores absolutos de los ítems 11, 20, 23, 31, 62, 88, y 108 respondidos por el evaluado.
- Ubicar esta suma total en el Baremo respectivo para obtener el puntaje estándar, es decir el Cociente Emocional Total (CET), en la hoja de resultados

Interpretación de los resultados: Interpretación del CE para el total, los componentes, y subcomponentes.

Tabla 3
Cuadro Interpretativo del ICE

CUADRO INTERPRETATIVO DEL ICE	
Niveles Cualitativos del ICE	INTERPRETACIÓN CUALITATIVA
130 o Más	Marcadamente Alta: Capacidad emocional inusualmente bien desarrollada
120 – 129	Muy Alta: Capacidad emocional extremadamente bien desarrollada
110 – 119	Alta: Capacidad emocional bien desarrollada
90 – 109	Promedio: Capacidad emocional adecuada
80 – 89	Baja: Capacidad emocional subdesarrollada, necesita mejorar
70 – 79	Muy Baja: Capacidad emocional extremadamente subdesarrollada, necesita mejorar.



Por debajo de 70 **Marcadamente Baja:** Capacidad emocional inusualmente deteriorada, necesita mejora

Nombre original: Cuestionario de adherencia al tratamiento

- Autor: Yulisa Roció Molina García
- Precedencia: Perú – Lima
- Administración: Individual o colectiva
- Duración: Sin límite de tiempo
- Aplicación: sujetos mayores de edad
- Puntuación: calificación manual o computarizada
- Significación: Estructura factorial: 3 subcomponentes
- Tipificación: Baremos peruanos
- Usos: Clínico, jurídico, médico, laboral, y en la investigación. Son potenciales usuarios aquellos profesionales que se desempeñan como consultores de desarrollo organizacional, psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales y consejeros
- Materiales: Cuestionario que contiene los ítems, Hoja de respuesta

Descripción de la prueba:

Esta prueba evalúa si el paciente con diabetes tiene adherencia o no la tienen con su tratamiento con sus 16 dimensiones e indicadores que ayudan en la aplicación.

Normas para la Corrección y Puntuación: La calificación de la prueba de Adherencia al tratamiento comprende: La evaluación de la validez de los resultados, la obtención de los puntajes varía según la pregunta del ítem teniendo así puntajes diferentes para las opciones al momento de marcar y sumar para la puntuación final.

Para examinar si la prueba es válida debe seguir el siguiente procedimiento:

Primero: Según la pregunta indicada, identifique cual es la respuesta que marco y según a la hoja de respuestas le pone el valor designado.

Segundo: Anote y cuente el número de las preguntas que fueron omitidas para luego ser escritas en el casillero Total correspondiente. Si exceden las omisiones a 3 preguntas se invalida la prueba.



Tercero: Una vez que se tiene el resultado de la suma de las preguntas y verificada que no haya más de 3 omisiones se hace el sumado según la ficha de correcciones y se llega a tener como uno de los resultados: adherencia optima, adherencia inadecuada o no existe adherencia.

Dato importante: Cada pregunta tiene sus respuestas de diferente manera y valoración por ello se debe seguir la ficha de correcciones para no generar mal resultado ante las aplicaciones.

Tabla 4

Interpretación de los resultados: Interpretación de la prueba de Adherencia al tratamiento

CUADRO INTERPRETATIVO DEL ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CUALITATIVA	
Niveles Cualitativos	
52 o 66	Adherencia optima
44 – 51	Adherencia inadecuada o subóptima
20 – 43	No existe adherencia

3.7 Validez y confiabilidad de instrumentos

a. Validez y confiabilidad del instrumentó EQi – YV BarOn Emocional

Quotiente Inventory: Los estudios de confiabilidad ejecutados sobre el I-CE en el extranjero se han centrado en la consistencia interna y la confiabilidad re-test. Los coeficientes alfa promedio de Cronbach se mantienen con valores elevados para casi todos los subcomponentes, el más bajo 0.69 fue responsabilidad social y el más alto 0.86 para compresión de sí mismo.

Para la muestra peruana los coeficientes alfa de Cronbach se observan que la consistencia interna para el inventario total es de 0.93 denotando una confiabilidad alta, para los componentes del I-CE, oscila entre 0.77 y 0.91. Los más bajos coeficientes son para los subcomponentes de Flexibilidad 0.48, Independencia y Solución de Problemas 0.60. Los trece factores restantes arrojan valores por encima de 0.70.

Los diversos estudios de validez del I-CE básicamente están destinados a demostrar cuán exitoso y eficiente es este instrumento, en la evaluación de los que se propone. Nueve tipos de estudio de validación: Validez de contenido,



aparente, factorial, de constructo, convergente, de grupo – criterio, discriminante y validez predictiva ha sido conducida en seis países en los últimos 17 años.

b. Validez y confiabilidad para el cuestionario de adherencia al tratamiento:

Para evaluar la variable de adherencia al tratamiento médico se utilizó el cuestionario diseñado por Molina (2008), el cual muestra validez y confiabilidad adecuado para los pacientes que tiene la condición de diagnóstico de diabetes mellitus en la población de la presente investigación, debido a que se usó la muestra en el Hospital Nacional Dos De Mayo.

La validez del instrumento fue por el método de juicio de expertos, en el que se contó con el aporte de ocho profesionales especialistas de las distintas ciencias de la salud: 3 médicos endocrinológicos, 3 enfermeras del área de investigación y de medicina general y 2 psicólogos. Los puntajes obtenidos, fueron sometidos a la prueba binomial.

La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de la aplicación de una prueba piloto, para ello se usaron formulas estadísticas de Alfa de Cronbach y el de K de Richardson. Obteniendo como resultados en el Alfa de Cronbach = 0,9 denotando una confiabilidad alta y Kuder Richardson = 0,6 > 0,0 resultado que indica que el instrumento en su consistencia interna es adecuado.

3.8 Plan de análisis de datos

Para la presente investigación se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial apoyado en el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25; se usó con el fin de procesar los datos provenientes de la encuesta realizada a los diferentes pacientes, para luego obtener las tablas descriptivas de contingencia que nos ayudaron en obtener los resultados para luego aplicar la prueba de hipótesis usando Chi Cuadrado que se utiliza para las variables de categorías nominales y de esta manera poder comprobar las hipótesis planteadas en la presente investigación. Con esta prueba estadística logramos obtener de manera precisa los resultados para tener mejor informacion de nuestra investigación.



Capítulo IV

Resultados de la investigación

En el presente apartado se pone en conocimiento los resultados obtenidos en el estudio realizado cuyo objetivo fue determinar la relación entre la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional del Cusco, el mismo que será presentado a través de tablas y figuras respondiendo a los objetivos específicos y general de la investigación.

4.1. Resultados de la investigación respecto a los objetivos específicos

Respecto al primer objetivo específico que hace alusión a identificar el nivel de inteligencia emocional en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021, como se muestra en la tabla 5 y figura 4 se tiene que el 54.2% (65) de pacientes diabéticos presenta una Inteligencia Emocional por mejorar, el 31.7% (38) adecuada y el 14.2% (17) muy desarrollada. Estos datos indican que más de la mitad de los pacientes presentan problemas en su autoconocimiento y autoconcepto resultado de la enfermedad, así mismo presentan problemas para socializar, adaptarse a entornos cambiantes que requieren la solución a problemas, presentando poca tolerancia al estrés y una actitud impulsiva, los que exteriorizan sentimientos infelices y negativos.

Tabla 5
Nivel de inteligencia emocional

	Nivel de inteligencia emocional	
	f	%
Por mejorar	65	54,2%
Adecuada	38	31,7%
Muy desarrollada	17	14,2%
Total	120	100

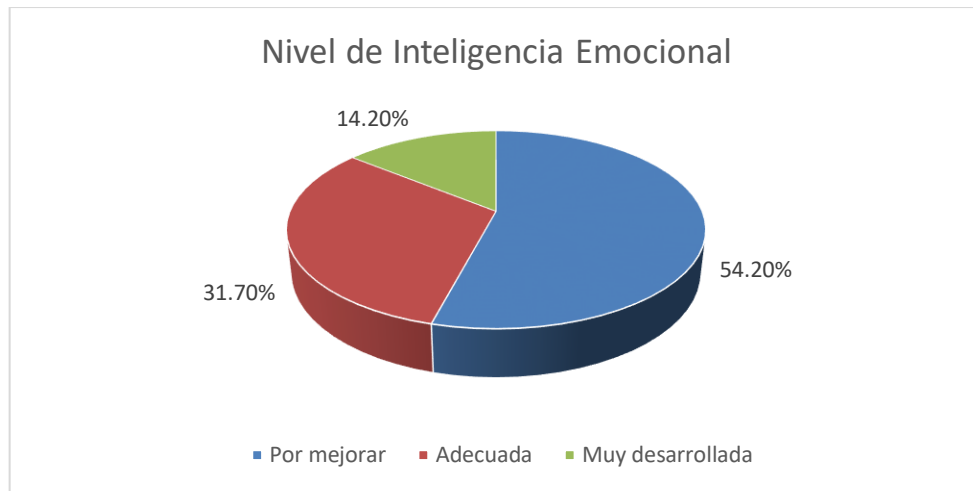


Figura 4
Nivel de inteligencia emocional.

En cuanto a que se refiere al segundo objetivo específico que fue identificar es el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021, como se observa en la tabla 6 y figura 5 se tiene que el 28.3% (34) de pacientes diabéticos presenta la inexistencia de adherencia, el 60.8% (73) presenta una adherencia inadecuada o subóptima y 10.8% (13) una adherencia óptima. Estos datos indican que cerca de la totalidad de los pacientes tienen una adherencia inadecuada o inexistente, lo que quiere decir que los pacientes cumplen parcialmente el tratamiento o en su defecto no lo realizan, reflejados en el tratamiento farmacológico lo que implica que incumplen las dietas, ejercicios y educación sugeridas por el médico tratante; del mismo modo estos pacientes presentan una insuficiente comunicación y temor frente al personal de salud, así mismo la edad, el grado de instrucción, ocupación e ingreso económico limitan el grado de adherencia que estos presentan.

Tabla 6
Grado de adherencia al tratamiento

	Grado de adherencia al tratamiento	
	f	%
No existe adherencia	34	28.3%
Adherencia inadecuada o subóptima	73	60.8%
Adherencia óptima	13	10.8%
Total	120	100

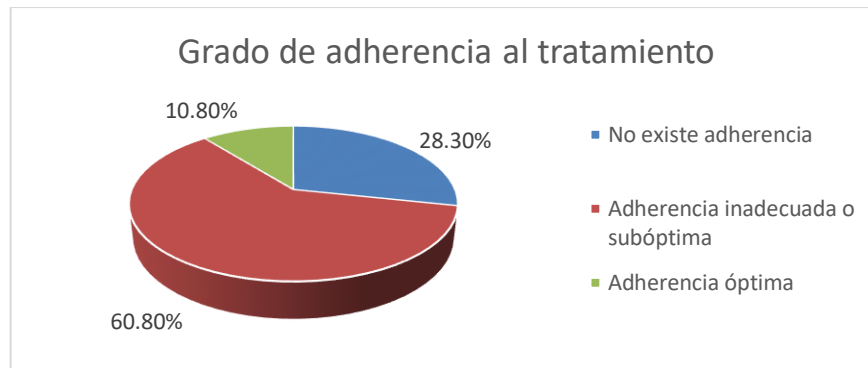


Figura 5
Grado de adherencia al tratamiento.

Respecto al tercer objetivo específico de identificar la relación entre la dimensión intrapersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021. Como se observa en la tabla 7, para la dimensión interpersonal y el grado de adherencia al tratamiento se tiene que el 29,2% (35) presentan un nivel marcadamente bajo y una adherencia al tratamiento inadecuada o subóptima, por otro lado 0,8% (1) tiene un nivel intrapersonal muy bajo y alto con una adherencia al tratamiento optima respectivamente. Al aplicar la prueba de hipótesis Chi-cuadrado entre la dimensión intrapersonal y la adherencia al tratamiento, se observa una asociación significativa con un valor $[X^2 (1, n=120) =17,749, p=0.023]$; por lo que se rechaza la hipótesis nula, concluyendo de esta forma que existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes.

Tabla 7
Dimensión Intrapersonal y grado de Adherencia

		Adherencia al tratamiento						Total	
		No existe adherencia		Adherencia inadecuada o subóptima		Adherencia óptima			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Intrapersonal	Marcadamente baja	12	10,0%	35	29,2%	2	1,7%	49	40,8%
	Muy baja	11	9,2%	9	7,5%	3	2,5%	23	19,2%
	Baja	5	4,2%	8	6,7%	1	0,8%	14	11,7%
	Adecuada	2	1,7%	17	14,2%	6	5,0%	25	20,8%
	Alta	4	3,3%	4	3,3%	1	0,8%	9	7,5%
Total		34	28,3%	73	60,8%	13	10,8%	120	100,0%
Chi-cuadrado		17,749						p=0,023	



Respecto al cuarto objetivo Identificar la relación entre la dimensión interpersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021. Como se observa en la tabla 8, se presenta la tabla de contingencia obtenida para la dimensión interpersonal y el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con diabetes donde el 12,5% (15) de los pacientes tienen un nivel bajo interpersonal y una adherencia al tratamiento inexistente, por otro lado 0,8% (1) tiene un nivel interpersonal muy bajo con una adherencia al tratamiento optima. Al aplicar la prueba de hipótesis Chi-cuadrado entre la dimensión interpersonal y la adherencia, al tratamiento se observa que se encuentra una asociación significativa con un valor $[X^2 (1, n=120) =24,520, p=0.017]$; por lo que se rechaza la hipótesis nula, concluyendo de esta forma que si existe relación significativa entre la dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes.

Tabla 8
Dimensión Interpersonal y grado de Adherencia

		Adherencia al tratamiento							
		No existe adherencia		Adherencia inadecuada o subóptima		Adherencia óptima		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Interpersonal	Marcadamente baja	7	5,8%	11	9,2%	0	0,0%	18	15,0%
	Muy baja	3	2,5%	9	7,5%	1	0,8%	13	10,8%
	Baja	15	12,5%	13	10,8%	5	4,2%	33	27,5%
	Adecuada	3	2,5%	18	15,0%	0	0,0%	21	17,5%
	Alta	0	0,0%	4	3,3%	0	0,0%	4	3,3%
	Muy alta	1	0,8%	5	4,2%	3	2,5%	9	7,5%
	Marcadamente alta	5	4,2%	13	10,8%	4	3,3%	22	18,3%
Total		34	28,3%	73	60,8%	13	10,8%	120	100,0%
Chi cuadrado 24,520								p=0.017	

Respecto al quinto objetivo de identificar la relación entre la dimensión adaptabilidad y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021. Como se observa en la tabla 9, se presenta la tabla de contingencia obtenida para la dimensión adaptabilidad y el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con diabetes donde el 15,0%



(18) de los pacientes tienen un nivel bajo de adaptabilidad con una adherencia al tratamiento inexistente. Por otro lado 1,7% (2) tiene un nivel de adaptabilidad marcadamente baja y baja con una adherencia al tratamiento optima. Al aplicar la prueba de hipótesis Chi-cuadrado entre la dimensión de adaptabilidad y la adherencia, al tratamiento se observa que se encuentra una asociación significativa con un valor [$X^2 (1, n=120) = 15,173, p=0.019$]; por lo que se rechaza la hipótesis nula, concluyendo de esta forma que si existe relación significativa entre la dimensión de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes.

Tabla 9
Dimensión Adaptabilidad y grado de Adherencia

		Adherencia al tratamiento									
		No existe adherencia		Adherencia inadecuada o subóptima				Adherencia óptima		Total	
				n	%	n	%			n	%
Adaptabilidad	Marcadamente baja	4	3,3%	5	4,2%	1	0,8%	10	8,3%		
	Muy baja	7	5,8%	12	10,0%	1	0,8%	20	16,7%		
	Baja	18	15,0%	23	19,2%	2	1,7%	43	35,8%		
	Adecuada	5	4,2%	33	27,5%	9	7,5%	47	39,2%		
Total		34	28,3%	73	60,8%	13	10,8%	120	100,0%		
Chi cuadrado 15,173								p=0.019			

Respecto al sexto objetivo de identificar la relación entre la dimensión manejo de estrés y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021. Como se observa en la tabla 10, se presenta la tabla de contingencia obtenida para la dimensión de manejo de estrés y el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con diabetes donde el 13,3% (16) de los pacientes tienen un nivel adecuado de manejo de estrés con una adherencia al tratamiento inexistente. Por otro lado 1,7% (2) tiene un nivel de manejo de estrés muy baja con una adherencia al tratamiento optima. Al aplicar la prueba de hipótesis Chi-cuadrado entre la dimensión de manejo de estrés y la adherencia, al tratamiento se observa que no se encuentra una asociación significativa con un valor [$X^2 (1, n=120) = 1,952, p=0.744$]; por lo que se acepta la hipótesis nula, concluyendo de esta



forma que no existe relación significativa entre la dimensión de manejo de estrés y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes.

Tabla 10
Dimensión Manejo de Estrés y grado de Adherencia

		Adherencia al tratamiento						Total	
		No existe adherencia		Adherencia inadecuada o subóptima		Adherencia óptima			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Manejo de estrés	Muy baja	3	2,5%	9	7,5%	2	1,7%	14	11,7%
	Baja	15	12,5%	29	24,2%	3	2,5%	47	39,2%
	Adecuada	16	13,3%	35	29,2%	8	6,7%	59	49,2%
Total		34	28,3%	73	60,8%	13	10,8%	120	100,0%
Chi Cuadrado 1,952								p=0.744	

Respecto al séptimo objetivo de identificar la relación entre la dimensión estado de ánimo general y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021. Se observa en la tabla 11, la tabla de contingencia obtenida para la dimensión de estado de ánimo en general y el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con diabetes donde el 9,2% (11) de los pacientes tienen un nivel marcadamente bajo y muy bajo de estado de ánimo en general y una adherencia al tratamiento inexistente respectivamente. Por otro lado 0,8% (1) tiene un nivel de estado de ánimo general baja con una adherencia al tratamiento optima. Al aplicar la prueba de hipótesis Chi-cuadrado entre la dimensión de estado de ánimo en general y la adherencia al tratamiento se observa que no existe una asociación significativa con un valor $[X^2 (1, n=120) = 10,232, p=0.420]$; por lo que se acepta la hipótesis nula, concluyendo de esta forma que no existe relación significativa entre la dimensión de estado de ánimo en general y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes.



Tabla 11
Dimensión Estado de Ánimo en General y grado de Adherencia

			Adherencia al tratamiento						Total	
			No existe adherencia		Adherencia inadecuada o subóptima		Adherencia óptima			
			n	%	n	%	n	%	n	%
Estado de ánimo general	Marcadamente baja	11	9,2%	17	14,2%	0	0,0%	28	23,3%	
	Muy baja	11	9,2%	23	19,2%	4	3,3%	38	31,7%	
	Baja	2	1,7%	4	3,3%	2	1,7%	8	6,7%	
	Adecuada	6	5,0%	18	15,0%	3	2,5%	27	22,5%	
	Alta	4	3,3%	7	5,8%	3	2,5%	14	11,7%	
	Muy alta	0	0,0%	4	3,3%	1	0,8%	5	4,2%	
Total		34	28,3%	73	60,8%	13	10,8%	120	100,0%	
Chi Cuadrado = 10,232								p=0.420		

4.2. Resultados de la investigación respecto al objetivo general

Con relación al objetivo general de determinar la relación entre el nivel de Inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021. Como se observa en la tabla 12, tabla de contingencia obtenida para la variable de inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con diabetes donde el 16,7% (20) tiene una inteligencia por mejorar y una adherencia al tratamiento inexistente, por otro lado, el 2,5% (3) de los pacientes tienen un nivel adecuado de inteligencia emocional y una adherencia al tratamiento optima. Al aplicar la prueba de hipótesis Chi-cuadrado entre las variables inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento, se observa una asociación significativa con un valor $[X^2 (1, n=120) =12,622, p=0.013]$; por lo que se rechaza la hipótesis nula, concluyendo de esta forma que existe relación significativa entre la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes. Lo que conlleva a explicar la relación de la inteligencia emocional y su influencia en la adherencia al tratamiento, debido a que si un paciente tiene diferentes niveles en desequilibrio en sus emociones afecta las decisiones que pueda tomar frente a su medicación y autocuidado.



Tabla 12
Dimensión Inteligencia Emocional y grado de Adherencia

		Adherencia al tratamiento							
		No existe adherencia		Adherencia inadecuada o subóptima		Adherencia óptima		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Inteligencia emocional	Por mejorar	20	16,7%	41	34,2%	4	3,3%	65	54,2%
	Adecuada	10	8,3%	25	20,8%	3	2,5%	38	31,7%
	Muy desarrollada	4	3,3%	7	5,8%	6	5,0%	17	14,2%
Total		34	28,3%	73	60,8%	13	10,8%	120	100,0%
Chi Cuadrado=12,622								p=0.013	



Capítulo V

Discusión

5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

En cuanto a los resultados obtenidos de las características de los pacientes diagnósticos con diabetes en el hospital regional del cusco se observa en su mayoría que pertenece al grupo etario de adultos; así también se observa que esta enfermedad es prevalente en el sexo femenino a diferencia del masculino, mostrando una diferencia singular; en el nivel de glucosa se encuentra a los pacientes con una diabetes provisional por el nivel bajo de glucosa en su cuerpo que caracteriza a esta enfermedad; por otro lado estos pacientes en su mayoría son casados. Finalmente, los pacientes presentan un tiempo de enfermedad mayor a un año y menor a 7 años los que vienen realizando un tratamiento mayor a un año y menor igual a 7 años.

Con respecto a la adherencia al tratamiento los pacientes en su mayoría mantienen una adherencia inadecuada o subóptima resultado de la aplicación de la prueba, dando como indicio que necesitan mejorar los diferentes aspectos como el factor socioeconómico en la cual muchos de los pacientes no tienen una adecuada red de apoyo social afectivo que haga acompañamiento en el tratamiento de los pacientes, esto se ve más en personas adultas o que no tienen conocimiento de sus tratamientos, así también se ve afectado el factor relacionado a la atención médica en el cual algunos pacientes deben de tener más confianza al realizar preguntas o dudas sobre su enfermedad para que de esta manera los médicos tratantes ayuden en su mejoría adecuadamente y por último los factores relacionados con el tratamiento debido que a veces los pacientes no entienden la gravedad de la enfermedad que se olvidan de tomar sus pastillas o prefieren los medicamentos alternos que agravan su situación actual. Todo esto afecta la condición del paciente y hace que no pueda tener una buena adherencia que constituya la mejora de su salud, debido a que esto es fundamental para obtener una calidad de vida adecuada.

En relación a las dimensiones de la inteligencia emocional se puede decir que según el nivel intrapersonal se encuentran en un nivel marcadamente bajo llegando a ser casi la mitad de los pacientes lo que se necesita mejorar; así también según la dimensión interpersonal se observa que los pacientes muestran un nivel bajo; por otro lado se



observa que en la dimensión de estado de ánimo en general se muestran resultados muy bajos requiriendo la aplicación de un reforzamiento en la inteligencia emocional. De esta manera la inteligencia emocional de los pacientes muestra que aún necesita mejorarse debido que al tener los pensamientos, acciones y decisiones claras ayudan a generar un entorno de tranquilidad y estado saludable, por ello es importante dar importancia a los pensamientos internos y externos de las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad. Finalmente, se encontró relación entre la inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento. (Agregar porcentajes)

5.2 Limitaciones del estudio

La principal limitación fue la aplicación de los instrumentos, debido a la pandemia provocada por la enfermedad COVID 19 lo que dificultó el acceso directo a estos pacientes en las instalaciones del hospital, es por ello que la mitad de las pruebas fueron aplicadas cuando el hospital se encontraba con un aforo limitado, este problema fue resuelto programando con anticipación las citas con los pacientes para poder contar con su apoyo en la realización del estudio; así mismo, se realizaron visitas domiciliarias para encuestar a la mitad restante de pacientes para que de esta manera se logre alcanzar el total de la muestra planificada. Por otro lado, la limitación teórica estuvo relacionado a la literatura científica local sobre el tema de investigación debido a que no se encontraron informes relacionados a la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes durante la pandemia por COVID 19, problema que se solucionó recurriendo en su mayoría a bibliotecas internacionales.

5.3 Comparación con la literatura existente

En el estudio realizado por Parra et al. (2018) encontró que la inteligencia emocional es adecuada en hombres con un 64% y en mujeres 69%, así también un 0% con rango alto, resultados que difieren al presente estudio donde la variable inteligencia emocional obtuvo un 54,2% por mejorar; Por otro lado, Morcillo (2015) en su investigación llegó a la conclusión de que los individuos con mayor inteligencia emocional tienen mayor probabilidad de presentar buena calidad de vida. De esta forma la capacidad de poder identificar los sentimientos propios y de las otras personas, de motivación en situaciones donde se necesite sobrellevar las emociones propias y la de los demás permite generar



aptitudes complementarias, las cuales son distintas a la inteligencia académica, así una inteligencia emocional por mejorar conlleva a tener un inadecuado entorno interpersonal, sin adaptación, con un estado de ánimo por mejorar y un débil manejo de estrés.

Con relación a la segunda variable, en el estudio realizado por Montoya (2019) se encontró que el 52,7% de la población tiene una inadecuada adherencia al tratamiento, resultado que es similar al presente estudio donde se obtuvo un 60,8% de la población que tiene una adherencia inadecuada o subóptima. Por otro lado Jimenes (2020) y Soto (2018) mencionan que dentro de su población de estudio estos no presentaron adherencia al tratamiento alguno en el mismo sentido Sánchez (2017) obtuvo que el 85,7% de la población de su muestra no tuvo adherencia al tratamiento, por otro lado pero con una escala distinta Tarazana (2017) encontró que 60% de diabéticos tuvieron una buena adherencia al tratamiento. De esta forma la adherencia al tratamiento es el cumplimiento de las indicaciones sean estas psicológicas y médicas, por el contrario, tener una inadecuada adherencia al tratamiento refleja que es un problema médico, en el cual no hay un adecuado entendimiento de la medicación prescrita.

En otro estudio Salafia, Casari, y Vera (2015) mencionan que el componente que presentó mayor deterioro fue la capacidad intrapersonal, obteniendo un promedio de $74,11 \pm 9,07$ menor al puntaje estándar medio del inventario, estos resultados obtenidos difieren del presente estudio, donde el 40,8% tiene un nivel marcadamente bajo en la dimensión intrapersonal. Asimismo, Montoya (2019) en su estudio llegó a la conclusión de que al no tener una buena inteligencia emocional se afecta el plano intrapersonal del paciente debido a que pierde la comprensión de sí mismo, generando inadecuados conceptos, dejando de lado conductas aceptables y mermando su autorrealización, también afectaría lo interpersonal, reduciendo su empatía con su entorno ya que el paciente se aislaría o excluiría al no poder llevar un estilo de vida normal como los demás, formando conductas nocivas ante la sociedad. De esta forma, la habilidad que nos ayuda a ser emocionalmente independientes para tomar nuestras decisiones también nos ayuda a aceptarnos, respetarnos a nosotros mismos y tener pensamientos seguros.

Con respecto a la dimensión interpersonal en la investigación de Sánchez (2017) se encontró que tiene una puntuación de 4,8% como buena y el 95,2% una puntuación muy buena. Resultado que se asemeja a lo encontrado en esta investigación con un 72,5% de pacientes diagnosticados con diabetes de nivel medio y alto en la dimensión



interpersonal. Las personas desarrollamos un conjunto de habilidades emocionales a lo largo de nuestra vida, las cuales se dividen en personales e interpersonales, que influyen en las demandas que se afronta día a día, presiones y exigencias del entorno. Por ello, se convierte en un factor determinante para ver la capacidad de tener responsabilidad social cooperando con las indicaciones medicas para el bienestar de su salud.

En la investigación de Salafia, Casari, y Vera (2015) encontraron baja adaptabilidad en las personas con obesidad en la escala de puntuación estándar promedio, también en la investigación de Morcillo (2015) la adaptabilidad tiene una puntuación de 20,4% en el nivel alto, resultados que difieren con la presente investigación con respecto a la dimensión adaptabilidad donde se halló que el 39,2% es adecuada. Mantener una adaptabilidad adecuada permite a los pacientes entender y darse cuenta de la realidad de su enfermedad en diversas situaciones que estén relacionados a las emociones y conductas en diferentes situaciones cambiantes producto de ello, también les permite formar gran capacidad de solucionar problemas donde son capaces de identificarlos y definirlos bien.

Según lo hallado por Jiménez (2020) en su investigación encontró un estrés moderado con un 98,7%, así mismo, Saltos (2019) muestra un 15% de presencia de estrés en pacientes, resultados que difieren al presente estudio donde en la dimensión manejo de estrés el 39,2% fue bajo y el 49,2% adecuada. A diferencia de Soto (2018) quien encontró que los pacientes manifestaron estrés en 53% de nivel alto. El manejo del estrés es una habilidad que nos permite retrasar o resistir una tentación o impulso mediante el control de nuestras emociones, así como la tolerancia al estrés ayuda a soportar situaciones estresantes conjuntas con emociones fuertes sin desmoronarse, buscando soluciones positivas; los pacientes con el diagnóstico de diabetes sobre todo en los primeros años muchas veces pierden el control de su impulso debido a los cambios que presentan en sus vidas, percibiéndose ante las demás personas con pensamientos de lastima hacia ellos, las que afectan a sus emociones.

Según lo hallado en la investigación por Salafia, Casari, y Vera (2015) el 52,78% puntuó dentro de las categorías promedio y alta en el estado de ánimo, mientras que el 47,22% presentó de bajo a marcadamente bajo su estado de ánimo, los resultados en el presente estudio muestran que el 31,7% tienen un nivel muy bajo en el estado de ánimo. De esta manera, el estado de ánimo es la actitud que ayuda a mantener la actitud positiva, de ver



la vida más brillante a pesar de las situaciones adversas con uno mismo y entre otros, expresar sentimientos positivos y sentirse satisfechos con la vida misma, las emociones tienen una relación a la forma en la que las expresamos, no podría existir si el organismo está en un estado pasivo, es más la expresión al realizar las acciones se ven afectadas por el estado de ánimo.

Respecto a los objetivos específicos dentro de la relación de la dimensión intrapersonal con la adherencia al tratamiento se encontró que existe relación significativa con un $p=0.023$, en la relación de la dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento los resultados mostraron una relación significativa $p=0.017$, que se asemejan a lo encontrado por Sánchez (2017) en su investigación donde indica que esta dimensión interpersonal y la adherencia se relaciona en la interacción del paciente y el equipo de salud; de esta forma toma relevancia a la interacción que los pacientes entablan con el personal de salud y que repercute en la adherencia al tratamiento; frente a la relación de la dimensión de adaptabilidad y adherencia al tratamiento se encontró que existe una relación significativa $p=0.019$ no encontrándose comparación frente a la literatura consultada, de la misma manera en la relación de dimensión el manejo de estrés y adherencia al tratamiento en el presente estudio se encontró que no existe una relación significativa $p=0.744$ resultado que difiere a lo hallado por Jiménez (2020) donde se muestra que el estrés tiene una asociación significativa con la mala adherencia al tratamiento farmacológico. Con respecto a la relación entre la dimensión estado de ánimo en general y la adherencia al tratamiento no se encontró una relación significativa $p=0.420$ resultado que difiere a lo encontrado por Montoya (2019) quien comprobó que existe relación entre la dimensión estado de ánimo general y la adherencia al tratamiento médico, con una correlación positiva media ($\rho=0.449$) y significativa en pacientes con diabetes de un hospital en Lima, 2018. De esta forma dentro de la literatura consultada se evidencia que la inteligencia emocional en varias de sus dimensiones se encuentra relacionada con la adherencia al tratamiento.

Finalmente, con relación a los datos encontrados en la presente investigación, donde presentan una relación significativa entre la inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento los resultados coinciden con Montoya (2019) quien mostro que la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico se relacionan de manera



directa y significativa. Esto demuestra que, con un nivel mayor emocional, la adherencia al tratamiento se cumple de forma adecuada.

5.4 Implicancias del estudio

Los resultados del presente estudio muestran que existe relación significativa entre las variables de inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes con un $p=0.013$. Esto llega a explicar como la inteligencia emocional influye en la adherencia al tratamiento, debido que si la persona no está bien consigo misma o con la realidad que lo rodea llega a afectar en sus decisiones posteriores y esto se ve reflejado aún más si la persona tiene esta enfermedad crónica, mantener una negatividad frente a su estado de salud, resultaría en no cumplir su tratamiento preestablecido por un médico, esto conllevaría a que el paciente decaiga en la enfermedad agravándose e incluso provocando la muerte.

Los resultados de la investigación evidencian que los pacientes no vienen desarrollando de forma adecuada su inteligencia emocional frente a esta enfermedad, esto debido a aforo limitado y la disposición del personal de salud encargado de la salud mental que no ha logrado cumplir con su rol orientador, el aporte psicológico ayuda a resolver dudas o controversias que los pacientes viven a diario y por ello se debería fortalecer a través de terapias se pueden mejorar en las dimensiones de la inteligencia emocional como la adaptabilidad que salen en un nivel bajo dentro del estudio...



Conclusiones

PRIMERA: Existe relación directa entre la inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con diabetes, encontrándose una relación estadísticamente significativa con un valor $p=0.013$.

SEGUNDA: Existe relación entre la dimensión intrapersonal y grado de adherencia al tratamiento, con una correlación positiva ($p=0.023$) en pacientes con diabetes del hospital regional del cusco, 2021.

TERCERA: Existe relación entre la dimensión interpersonal y grado de adherencia al tratamiento, con una relación positiva ($p=0.017$) en pacientes con diabetes del hospital regional del cusco, 2021.

CUARTA: Existe relación entre la dimensión adaptabilidad y grado de adherencia al tratamiento, con una relación positiva ($p=0.019$) en pacientes con diabetes del hospital regional del cusco, 2021.

QUINTA: No existe relación entre la dimensión manejo de estrés y grado de adherencia al tratamiento, debido a que la correlación es muy débil ($p=0.744$) en pacientes con diabetes del hospital regional del cusco, 2021.

SEXTA: No existe relación entre el estado de ánimo general y grado de adherencia al tratamiento debido a que la correlación es muy débil ($p=0.420$) en pacientes con diabetes del hospital regional del cusco, 2021.



Sugerencias

PRIMERA: Realizar investigaciones con relación a la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento debido a la limitada información a nivel local así lograr un mejor entendimiento en el bienestar de los pacientes diagnosticados con diabetes que acuden hospital que son un grupo bastante grande.

SEGUNDA: Mejorar el servicio del área brindado un psicólogo o especialistas que trabajen de manera constante en la salud mental y orientación en las falencias que tiene los pacientes a lo largo de su enfermedad, con el fin de contribuir en la adherencia al tratamiento médico, formando así conductas saludables.

TERCERA: Involucrar a los familiares como parte principal ante el tratamiento de los pacientes diabéticos, así como la mejorar las relaciones intrapersonales, interpersonales y la adaptabilidad ante la adherencia al tratamiento médico frente al primer diagnóstico de la enfermedad.

CUARTA: Incentivar y organizar charlas, seminarios o videoconferencias ante pacientes con enfermedades crónicas, para sensibilizar sobre la importancia de tener un adecuado manejo de su inteligencia emocional y cuidado sobre la salud, evitando así la mala adherencia en sus tratamientos médicos.

QUINTA: Sensibilizar a las autoridades del sector público, para que incluyan en sus planes de servicio la promoción de la salud mental que conlleva los factores emocionales relacionados a la inteligencia emocional en el sentido de prevenir y promocionarla, con la finalidad de mejorar y brindar así mejor calidad de vida de las personas.



Bibliografía

- American Diabetes Association. (Enero de 2018). *Guias ADA 2018*. Obtenido de Resumen de clasificacion y diagnostico de diabetes : <https://sinapsismex.files.wordpress.com/2018/01/resumen-guc3adas-ada-2018-2-0.pdf>
- Aparicio Jurado, D. (2021). *Características epidemiológicas del deterioro cognitivo leve en pacientes con diabetes mellitus tipo II en un hospital de la ciudad del cusco, 2019*. Lima : Universidad Nacional Federico Villareal . Obtenido de https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/5004/UNFV_Aparicio_Jurado_Dina_Lizbeth_Segunda%20Especialidad_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bandura. (1997). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería XIII*, 9-15.
- Bar-On , R. (2018). *Inventario de Inteligencia Emocional de BarON: version para jovenes (7-18 años)*. Madrid: TEA Ediciones. Obtenido de http://www.web.teaediciones.com/ejemplos/baron_extracto-web.pdf
- Bar-On. (1997). La inteligencia emocional. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 5. Obtenido de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7866.pdf>
- Bar-On. (1997). La inteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista Digital del Centro del Profesorado Cuevas - Olula (Almeria)*, 46. Obtenido de [file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20(1).pdf)
- Bar-On. (2010). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Universidad de Lima*, 133. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147118178005.pdf>
- Becker, & Rosenstock. (1974). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Críticas y Propuesta Alternativa. I: Hacer un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapias Psicológicas*,



91-109. Obtenido de <https://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>

Binet , & Simon. (1905). Test de Inteligencia. *Historia, definiciones y teorías*, 138-364. Obtenido de http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/5.pdf

Binet, A. (1900). Reseña teórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Revista Científica de la universidad distrital Francisco José de Caldas*, 12. Obtenido de <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/revcie/article/view/4505/6254>

Boccardo, Sasia, & Fontenla. (1999). *La importancia de la inteligencia emocional en un aula de 3 años*. Palencia: Universidad de Valladolid. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/26363/TFG-L1701.pdf;jsessionid=34CB3F7584B0C2559BDFD4164645A3C2?sequence=1>

Centro para el control y la prevención de enfermedades . (19 de Julio de 2019). *La diabetes y salud mental* . Obtenido de <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/mental-health.html>

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (16 de Julio de 2019). *Diabetes en Español*. Obtenido de *Ladiabetes y la salud mental*: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/mental-health.html>

Chirimia, N. (2017). *Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes, hospital Victor Ramos Guardia - Huaraz, 2017*. Huaraz: Universidad San Pedro. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/288302534.pdf>

Coccaro, E., Lazarus, S., Joseph, J., Wyne, K., Drossos, T., Phillipson, L., & De Groot, M. (2020). Emotional Regulation and Diabetes Distress in Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes. *American Diabetes Association*, 20 - 25. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/ene/22.pdf>

Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista Española de Cardiología*, 528-538. Obtenido de



<https://www.revespcardiol.org/es-diagnostico-clasificacion-patogenia-diabetes-mellitus-articulo-13031154>

Contini, N. (2005). La inteligencia emocional, social y el conocimiento tacito. Su valor en la vida cotidiana. *Dialnet*, 63-80. Obtenido de <file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalSocialYEIconocimientoTacito-5645371.pdf>

Cooper, A. (2010). A Psychometric Anlusion of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire - Short Form (TEIQue-SF) Using Item Response Theory. *Taylor Francis Onlina*, 449 - 457. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223891.2010.497426>

Cooper, D., & Sawaf, A. (1998). *La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones*. Obtenido de El valor de la inteligencia emocional en el lider y las organizaciones: <https://contaduriagral.rionegro.gov.ar/download/archivos/00002738.pdf>

Cooper, R., & Sawaf, A. (1998). *La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones*. Obtenido de El valor de la inteligencia emocional en el liderazgo y las organizaciones : <https://contaduriagral.rionegro.gov.ar/download/archivos/00002738.pdf>

Cuevas, & Sanz. (2016). Metodos de valoracion de la adherencia al tratamiento psiquiatrico en la practica clinica. *Revista iberoamericana de Psicologia y Salud*, 25-30. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245143153004.pdf>

Darwin. (21 de Julio de 1873). *Expresion de las emociones, de Darwin*. Obtenido de http://www.uam.mx/difusion/casadel tiempo/21_iv_jul_2009/casa_del_tiempo_e IV_num21_15_21.pdf

Diez , F., Ipince, A., Toyama , M., Benate, Y., Galan , E., Medina, J., . . . Jaime, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades cronicas no transmisibles en el Peru: retos y oportunidades para la integracion de cuidados en el primer nivel de atencion. *Rev Peru Med Esp Salud Publica*, 131-136. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a19v31n1.pdf>



- Dirección Regional de Salud del Cusco. (Febrero de 2017). *Manual de Organización y Funciones Hospital Regional*. Obtenido de Servicio de endocrinología: https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2020/02/MOF_ENDOCRINOLOG%C3%8DA.pdf
- Dueñas Buey, M. (2002). Importancia de la inteligencia emocional: Un nuevo reto para la orientación educativa. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 77-96. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/706/70600505.pdf>
- Eliás, Tobias, & Friedlander. (1999). La inteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista Digital del centro de profesorado Cuevas - Olula (Almería)*, 48. Obtenido de [file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20(3).pdf)
- Espinoza, M., Sanhueza, O., Ramírez, N., & Sàez, K. (2014). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Latino-Am, Enfermagem*, 139 - 147. Obtenido de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00139.pdf
- Federación Internacional de Diabetes. (2019). *Atlas de la diabetes de la FID Novena edición 2019*. Obtenido de [Diabetesatlas.org](https://www.diabetesatlas.org/): https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Fernández, P., & Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 63-93. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927005.pdf>
- Fishbein, & Ajzen. (1967). *Modelos Psicológicos de la Salud que han abordado en VIH/SIDA*. Obtenido de Modelo de la Acción Razonada: <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Modelos-de-accion-razonada.pdf>



- Fragoso, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 115. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2991/299138522006.pdf>
- Fyndacion redGDPS. (28 de 11 de 2018). *Adherencia terapeutica en personas con diabetes* . Obtenido de <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/36-adherencia-terapeutica-en-personas-con-diabetes-20180917#:~:text=La%20adherencia%20terap%C3%A9utica%20es%20fundamental,y%20menor%20gasto%20sanitario%20total>.
- Garay, S. (04 de Setiembre de 2016). *Inteligencia emocional* . Obtenido de <http://www.diabemedica.mx/DiabeTips.php?cat=6&id=78>
- Gardner, Kornhaber, & Krechevsky. (1983). Revision historicas delconcepto de la inteliencia: Una aproximacion a la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de psicologia* , 24.
- Golema. (1998). La intelgencia emocional en pacientes miembros de la Fundacion Casa de la Diabetes Cuenca, Ecuador. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142018000200002#:~:text=La%20relaci%C3%B3n%20que%20existe%20entre,el%20pesimismo%2C%20el%20aislamiento%20y
- Goleman. (2001). La inteligencia emocional. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 5. Obtenido de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7866.pdf>
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional por (Daniel Goleman)*. Obtenido de <https://www.clubcashflow.org.mx/descargas/InteligenciaEmocional-DanielGoleman.pdf>
- Goleman, D. (2017). *La inteligencia emocional porque es mas importante que el coeficiente intelectual*. L Libros. Obtenido de <https://ciec.edu.co/wp-content/uploads/2017/08/La-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman-1.pdf>
- Guevara, L. (2011). La inteligencia Emocional. *Temas para la Educación*, 2. Obtenido de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7866.pdf>



- Hernandez Sampieri, R. (2018). *Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Arequipa: McGraw - Hill Interamericana, 2018. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=5A2QDwAAQBAJ&dq=hernandez+fernandez+y+baptista+metodologia+de+la+investigacion&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwii_YeT_87vAhW7GbkGHb4MCzIQ6AEwAnoEC AIQAg
- Hospital Regional del Cusco. (2020). *Reseña histórica - Misión*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://hrcusco.gob.pe/resena-historica/>
- Ibarra, O., & Morillo, R. (2017). *lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Obtenido de Definición e importancia de la adherencia: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
- Instituto Nacional de estadística e Informática. (Mayo de 2019). *Encuesta Denigrafuca y de Salud Familiar - ENDES*. Obtenido de [http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-378-de-la-poblacion-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-sobrepeso-en-el-ano-2019-12229/#:~:text=Durante%20el%202019%2C%20el%203,inferior%20\(1%2C7%25\)](http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-378-de-la-poblacion-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-sobrepeso-en-el-ano-2019-12229/#:~:text=Durante%20el%202019%2C%20el%203,inferior%20(1%2C7%25).).
- Intituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (Noviembre de 2020). *Sala de prensa virtual*. Obtenido de La diabetes tambien afecta la salud mental: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2020/040.html>
- Jimenez, M., & Lopez , E. (2009). Inteligencia emocional y rendimeinto escolar: estado actual de la cuestion. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 69-79. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511492005.pdf>
- Jimenez, S. (2020). *Realción entre el estrés y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en el Centro de Salud N°3*. Loja - Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Obtenido de



https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23456/1/SaraNoemi_JimenezMosquera.pdf

Libertad, M., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *La Hemeroteca científica en línea en ciencias sociales*, 89-99. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>

Lopez, J., & Rodriguez, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Scielo*, 52-73. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000300004

Marcilla, M. (01 de Julio de 2013). *Inteligencia emocional aplicada a la diabetes*. Obtenido de Asociación de Diabéticos de Madrid, Plataforma de enfermos crónicos edad escolar. : <https://cronicos escolares.wordpress.com/2013/07/01/inteligencia-emocional-aplicada-a-la-diabetes/>

Martin, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Scielo*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008.

Martin, L., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 89-99. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>

Martinez, A., Piqueras, J., & Ramos, V. (2010). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 862. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293122002020.pdf>

Martos, M., Pozo, C., & Alonso, E. (2010). Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica relevancia del apoyo social. *Dialnet*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=728884>



- Matineaud, & Engelhartn. (1996). Lainteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista digital del Centro de profesorado Cuevas - Olula (Almeria)*, 48. Obtenido de [file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20(3).pdf)
- Mayer, & Salovey. (1993). Revision histotica del concepto de inteligencia: Una aproximacion a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 25-26. Obtenido de <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1240/80530101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mayer, S. y. (1990). Revision historica de concepto de inteligencia: Una aproximacion a la inteligencia emocional. *Revistalatinoamericana de psicologia*, 25. Obtenido de <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1240/80530101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud. (03 de Setiembre de 2019). *Situacion de la vigilancia de Diabetes en el Peru, año 2019*. Obtenido de Vigilancia epidemiologica de diabetes: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE032020/04.pdf>
- Ministerio de Salud y Direccion de Prevencion de Enfermedades No transmisibles y Oncologicas. (2016). *Guia de Practica Clinica para el Diagnostico, Tratmaiento y Control de l Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atencion*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
- Molina, Y. (2008). *Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo: enero-febrero 2008*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcois. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/470/Molina_gy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Molina, Y. (2008). *Adherencia al tratamiento y su relacioncon la calidad de vida de los pacientes con dibetes mellitus tipo 2 queasisten al Programa de Diabetes del*



Hospital Nacional "Dos de Mayo": enero-febrero 2008. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/470/Molina_gy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Montoya, C. (2019). *Inteligencia emocional y adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018.* Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Obtenido de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2868/UNFV_MONTOYA_JURO_CARLOS_JES%C3%9AS_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Morcillo, J. (2015). *Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína.* España: Universidad Miguel Hernández. Obtenido de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2633/1/TD%20Jes%C3%BAAs%20Morcillo%20Garc%C3%ADa.pdf>

Organización Mundial de la Salud . (08 de Junio de 2020). *Diabere.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud . (08 de Junio de 2020). *Diabetes .* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud. (Enero de 2003). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo Pruebas para la acción .* Obtenido de Definición de la adherencia terapéutica: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (01 de Julio de 2003). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura.* Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes.* Obtenido de



https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16_3_spa.pdf;jsessionid=AA9C12527B7729C9F2402E25C0058A10?sequence=1

Parra, A., Ramírez, R., Pernas, I., & Ortiz, A. (2018). La inteligencia emocional en pacientes miembros de la Fundación Casa de la Diabetes Cuenca, Ecuador. *Revista Cubana de educación superior*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142018000200002

Payne, W. (1985). *Hacia una Teoría de la inteligencia emocionalmente inteligente*. Olvidados por Daniel Goleman: Wayne Payne y Xavier Zubiri. Donostia: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea. Obtenido de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/28869/TESIS_SAN%20JOSE_MARQUES_NEREA%20MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ramos Morales, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006

Rand, C. (30 de Setiembre de 1993). *Medición de la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas: implicaciones para el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar heterocigótica*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8213501/>

Revista Electronica de Motivación y Emoción. (1997). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16. Obtenido de <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1240/80530101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rovira. (1998). La inteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista Digital del Centro del Profesorado Cuevas - Olula (Almería)*, 48. Obtenido de [file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20(3).pdf)



- Salafia, M. V., Casari, L. M., & Vera, M. M. (30 de Noviembre de 2015). *Eureka*.
Obtenido de
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/42673/CONICET_Digital_Nro.24a0be4e-de19-4e1f-ab48-a966ac1bd6b0_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Saltos, A. (2019). *La inteligencia emocional en pacientes diabeticos de la ciudad de Portoviejo*. Jipijada - Manabi - Ecuador: Universidad estatal del sur de Manabi.
Obtenido de
<http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/1858/1/UNESUM-ECUADOR-ENFERMERIA-2019-68.pdf>
- Sanchez, S. (2017). *Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, Agosto-noviembre 2017*. Sullana: Universidad San Pedro. Obtenido de
http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8800/Tesis_59159.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Silva, Galeno, & Correa. (2005). Aherencia al tratameinto. *Red de revistas cientificas de America Latina, el Caribe, España y Portugal*, 268-273. Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>
- Soto, N. (2018). *Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinologia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion, Callao 2018*. Lima: Universidad Cesar Vallejo. Obtenido de
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/28164/Soto_RNC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sternberg. (1985). La concepcion de la inteligencia en los planteamientos de Gardner (1983) y Sternberg (1985) comodesarrollos teoricos precursores de la nocion de inteligencia emocional. *Revista de Historia dela Psicologia*, 81. Obtenido de
<file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaConcepcionDeLaInteligenciaEnLosPlanteamientosDeG-2514677.pdf>
- Tarazona , C. (2017). *Adherencia al tratamiento y autocuidado del adulto mayor diabetico, usuarios de un programa de un centro de salud de ambo*. Huanuco:



Universidad de Huanuco. Obtenido de
http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/368/T047_47211374_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Thorndike. (1920). Revision Historica del concepto de inteligencia: una aproximacion a la inteligencia emocional . *Revista Latinoamericana de Psicologia* , 15.

Valles, & Valles. (1999). La inteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista Digital del Centro del Profesorado Cuevas - Olula (Almeria)*, 49. Obtenido de
[file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/No%20Molestar/Downloads/Dialnet-LaInteligenciaEmocionalYSusPrincipalesModelos-3736408%20(3).pdf)

Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertension arterial. *Pensamiento Psicologico*, 127-139. Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf>

Villalobos, A., Brenes , J., Quiros, D., & Leon, G. (2006). Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II Versión III (Eatdm-III ©). *Acta Colombiana de psicología*, 31-38. Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/798/79890204.pdf>

Villena, J. (Noviembre - Diciembre de 2015). *Diabetes Mellitus in Peru*. Obtenido de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214999615013156>



Instrumentos de recolección de datos

Instrumento

- I. Presentación
- II. Datos generales

Complete y marque con un aspa (X) según sea su caso

Fecha:

Edad: Sexo:

Peso: talla:

Presión arterial: glucosa:

Religión:

Dirección:

Estado civil: hasta que año estudio:

Su ocupación es:

Tiempo que padece la enfermedad:

Tiempo que recibe tratamiento:

- III. Contenido

Marque con un (X) según sea el caso:

1. ¿Qué tipo de medicinas recibe?

- a) Insulina ()
- b) Hipoglicemiantes orales – pastillas ()
- c) Insulina + pastillas ()
- d) No recibe medicinas ()



2. **¿Cuántas veces al día?**
 - a) 1 ()
 - b) 2 ()
 - c) 3 ()
 - d) más de 3 ()
3. **¿Quién lo ayuda?**
 - a) Familiar ()
 - b) Vecino ()
 - c) Personal de salud ()
 - d) Nadie ()
4. **Durante la última semana ¿Ha dejado administrarse su medicina por alguna razón? Si su respuesta es NO pase la pregunta 6.**
 - a) Si, siempre ()
 - b) Mas de la mitad de las veces ()
 - c) Alguna vez ()
 - d) Falta de dinero ()
5. **¿Cuál fue el motivo de no administrarse su medicina?**
 - a) Olvido ()
 - b) Mas de la mitad de las veces ()
 - c) Alguna vez ()
 - d) En ninguna ocasión ()
6. **¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?**
 - a) Mucho ()
 - b) Poco ()
 - c) Nada ()
7. **¿Cómo evalúa la explicación que recibe acerca de su tratamiento?**
 - a) Mala ()
 - b) Regular ()
 - c) Buena ()
8. **Durante la última semana ¿Qué comió usted más?**
 - a) Frituras y harinas ()
 - b) Carnes, verduras y harinas ()
 - c) Granos integrales como trigo y arroz integral ()
 - d) Harinas y dulces ()
9. **¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?**
 - a) 1 a 2 ()
 - b) 3 a 5 ()
 - c) 6 a más ()
10. **¿Durante el último mes usted realizo algún tipo de ejercicios? Si su respuesta es NO pase a la pregunta 12**

SI () NO ()

¿Cual?
11. **Cuantas veces a la semana**



- a) 1 a 3 () b) 4 a 5 () c) 6 a 7 () d) No realiza ()

12. ¿El dinero que tiene o gana, le alcanza para los gastos de su tratamiento?

- a) SI () b) NO ()

13. El costo de los exámenes auxiliares (glucosa, colesterol, microalbuminuria, hemoglobina glucosilada) le son accesible para su bolsillo

- a) SI () b) NO ()

14. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con el personal de salud? Escriba en los espacios en blanco como es su relación con el personal de salud según las alternativas mostradas

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| a) Mala | - Medico |
| b) Regular | - Enfermera |
| c) Buena | - Psicología |
| d) Muy buena | - Asistente social |
| e) No recibo atención | |

15. ¿Qué es para usted buena atención?

.....
.....

16. ¿Está contento con la atención que le brinda el personal de salud? Escriba en los espacios en blanco según las alternativas mostradas:

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| a) Si | - Medico |
| b) No | - Enfermera |
| c) No recibo atención | - Psicología |
| | - Asistencia social |



Inventario de inteligencia emocional (Bar-On)

Introducción

Este cuestionario contiene una serie de frases que permiten hacer una descripción de ti mismo. Para ello, debes indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo con cómo te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase.

1. Rara vez o nunca es mi caso
2. Pocas veces es mi caso
3. A veces es mi caso
4. Muchas veces es mi caso
5. Muchas veces es mi caso

Instrucciones

Lee cada una de las frases y relacionada UNA de las cinco alternativas, la que será más apropiada para ti, seleccionado el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogiste según tu caso. Poner el numero

- 1 Para superar las dificultades que se me presentan, actúo paso a paso
- 2 Me resulta difícil disfrutar de la vida
- 3 Prefiero un tipo de trabajo en el cual me indiquen casi todo lo que debo de hacer
- 4 Sé cómo manejar los problemas más desagradables
- 5 Me agradan las personas que conozco
- 6 Trato de valorar y darle sentido a mi vida
- 7 Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos
- 8 Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto (a)
- 9 Entro fácilmente en contacto con mis emociones
- 10 Soy incapaz de demostrar afecto
- 11 Me siento seguro (a) de mí mismo (a) en la mayoría de las situaciones
- 12 Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza
- 13 Tengo problemas para controlarme cuando me enojo
- 14 Me resulta difícil comenzar cosas nuevas
- 15 Frente a una situación problemática obtengo la mayor cantidad de información posible para comprender mejor lo que está pasando
- 16 Me gusta ayudar a la gente
- 17 Me es difícil sonreír
- 18 Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás
- 19 Cuando trabajo con otras personas, tiendo a confiar más en las ideas de los demás que en las mías propias.
- 20 Creo que tengo la capacidad para poder controlar las situaciones difíciles
- 21 No puedo identificar mis cualidades, no sé realmente para qué cosas soy bueno (a).
- 22 No soy capaz de expresar mis sentimientos
- 23 Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos



- 24 No tengo confianza en mismo (a)
- 25 Creo que he perdido la cabeza
- 26 Casi todo lo que hago, lo hago con optimismo
- 27 Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
- 28 En general, me resulta difícil adaptarme a los cambios
- 29 Antes de intentar solucionar un problema me gusta obtener un panorama general del mismo
- 30 No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen
- 31 Soy una persona bastante alegre y optimista.
- 32 Prefiero que los otros tomen las decisiones por mi
- 33 Puedo manejar situaciones de estrés sin ponerme demasiado nervioso (a)
- 34 Tengo pensamientos positivos para con los demás
- 35 Me es difícil entender cómo me siento
- 36 He logrado muy poco en los últimos años
- 37 Cuando estoy enojado (a) con alguien se lo puedo decir
- 38 He tenido experiencias extrañas que son inexplicables
- 39 Me resulta fácil hacer amigos (as)
- 40 Me tengo mucho respeto
- 41 Hago cosas muy raras
- 42 Soy impulsivo (a) y esto me trae problemas
- 43 Me resulta difícil cambiar de opinión
- 44 Tengo la capacidad para comprender los sentimientos ajenos
- 45 Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar
- 46 A la gente le resulta difícil confiar en mí
- 47 Estoy contento (a) con mi vida
- 48 Me resulta difícil tomar decisiones por mí mismo (a)
- 49 No resisto al estrés
- 50 En mi vida no hago nada malo
- 51 No disfruto lo que hago
- 52 Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos
- 53 La gente no comprende mi manera de pensar
- 54 En general espero que suceda lo mejor
- 55 Mis amistades me confían sus intimidades
- 56 No me siento bien conmigo mismo
- 57 Percibo cosas extrañas que los demás o ven
- 58 La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto
- 59 Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
- 60 Frente a una situación problemática, analizo todas las opciones y luego opto por la que considero mejor
- 61 Si veo a un niño llorando me detengo a ayudarlo, aunque en ese momento tenga otro compromiso
- 62 Soy una persona divertida
- 63 Soy consciente de cómo me siento
- 64 Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad
- 65 Nada me perturba
- 66 No me entusiasman mucho mis intereses
- 67 Cuando no estoy de acuerdo con alguien siento que se lo puedo decir
- 68 Tengo una tendencia a perder contacto con la realidad y a fantasear.
- 69 Me es difícil relacionarme con los demás
- 70 Me resulta difícil aceptarme tal como soy



- 71 Me siento como si estuviera separado (a) de mi cuerpo
- 72 Me importa lo que puede sucederle a los demás
- 73 Soy impaciente
- 74 Puedo cambiar mis viejas costumbres
- 75 Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema
- 76 Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones
- 77 Me deprimó
- 78 Sé cómo mantener la calma en situaciones difíciles
- 79 Nunca he mentado
- 80 En general, me siento motivado (a) para seguir adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles
- 81 Trato de seguir adelante con las cosas que me gustan
- 82 Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo
- 83 Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías
- 84 Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos
- 85 Me siento feliz conmigo mismo (a)
- 86 Tengo reacciones fuertes, intensas que son difíciles de controlar
- 87 En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana
- 88 Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado (a)
- 89 Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes
- 90 Soy respetuoso (a) con los demás
- 91 No estoy muy contento (a) con mi vida
- 92 Prefiero seguir a otros, a ser líder
- 93 Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida
- 94 Nunca he violado la ley
- 95 Disfruto de las cosas que me interesan
- 96 Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso
- 97 Tengo tendencia a exagerar
- 98 Soy sensible a los sentimientos de las otras personas
- 99 Mantengo buenas relaciones con la gente
- 100 Estoy contento (a) con mi cuerpo
- 101 Soy una persona muy extraña
- 102 Soy impulsivo (a)
- 103 Me resulta difícil cambiar mis costumbres
- 104 Considero que es importante ser un (a) ciudadano (a) que respeta la ley.
- 105 Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
- 106 En general, tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surjan inconvenientes
- 107 Tengo tendencia a apegarme demasiado a la gente
- 108 Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles.
- 109 No me siento avergonzado (a) por nada de lo que he hecho hasta ahora
- 110 Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan
- 111 Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza
- 112 Soy capaz de dejar de fantasear para inmediatamente ponerme a tono con la realidad
- 113 Los demás opinan que soy una persona sociable



- 114 Estoy contento (a) con la forma en que me veo
- 115 Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender
- 116 Me es difícil describir lo que siento
- 117 Tengo mal carácter
- 118 Por lo general, me trabo cuando analizo diferentes opciones para resolver un problema
- 119 Me es difícil ver sufrir a la gente
- 120 Me gusta divertirme
- 121 Me parece que necesito de los demás, más de lo que ellos me necesitan
- 122 Me pongo ansioso
- 123 Nunca tengo un mal día
- 124 Intento no herir los sentimientos de los demás
- 125 No tengo idea de lo que quiero hacer en mi vida
- 126 Me es difícil hacer valer mis derechos
- 127 Me es difícil ser realista
- 128 No mantengo relación con mis amistades
- 129 Mis cualidades superan a mis defectos y éstos me permiten estar contento (a) conmigo mismo (a)
- 130 Tengo una tendencia a explotar de rabia fácilmente
- 131 Si me viera obligado (a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
- 132 En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.
- 133 He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.



Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es comunicar a los participantes de esta investigación, de una forma clara, la naturaleza, la implicancia y el objetivo de esta.

La presente investigación es dirigida por Sheshyra Koral Palomino Cjumo, bachiller en psicología de la Universidad Andina del Cusco. El objetivo es determinar la relación entre el nivel de Inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al servicio de endocrinología del Hospital Regional de Cusco, para así en el futuro tomar decisiones que impliquen a estas variables y sirva para beneficio de la mejora en la calidad de vida en los pacientes diabéticos.

La participación en este estudio es netamente voluntaria. Así mismo, la información que se obtenga será confidencial y no se usara para otros fines que no sean la presente investigación. En este sentido las respuestas y los participantes serán codificadas, por lo tanto, serán anónimas.

Yo.....

(Participante), identificado con DNI Acepto que:

He recibido suficiente información sobre el estudio. He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Puedo retirarme de la investigación cuando lo desee.

De esta manera, presto mi conformidad para participar en la investigación

.....

Fecha

.....

Firma

.....

Huella



Apéndices

A. Cronograma

Cronograma de actividades													
Actividades	Meses del año 2021		Meses del año 2022										
	NO	DI	EN	FE	MA	AB	MA	JU	JL	AG	ST	OC	NO
Recopilación de Bibliografía	X	X											
Permisos de aplicación del instrumento			X										
Aplicación de técnica(s) e instrumento(s)				X	X								
Construcción de la base de datos						X	X						
Procesamiento Estadístico								X	X				
Análisis de los datos										X	X	X	
Informe final de la Investigación													X



B. Presupuesto y financiamiento

Remuneraciones

Tabulador	500.00
Asesor estadístico	1000.00
Técnico en digitación	500.00

Bienes

Materiales de escritorio	1000.00
Materiales de cómputo	2000.00

Servicios

Movilidad	3000.00
Servicios de impresión	1000.00
Servicios de procesamiento de datos	1500.00

Total, general S/. 10500.00

El financiamiento para la ejecución del proyecto será autofinanciado(a)



C. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS Y VARIABLES	
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de Inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es el nivel de inteligencia emocional en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021? 2. ¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021? 3. ¿Cuál es la relación entre la dimensión intrapersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021? 4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión interpersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021? 	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de Inteligencia emocional y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar es el nivel de inteligencia emocional en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021 2. Identificar es el grado de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021 3. Identificar la relación entre la dimensión intrapersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021. 4. Identificar la relación entre la dimensión interpersonal y el grado de Adherencia al tratamiento en 	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe relación entre la Inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe relación entre la dimensión intrapersonal y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021 es significativo. 2. Existe relación entre la dimensión interpersonal y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021 es significativo. 3. Existe relación entre la dimensión adaptabilidad y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021 es significativo. 4. Existe relación entre la dimensión manejo de estrés y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021 es significativo. 	<p>VARIABLES</p> <p>VARIABLE PRIMERA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia Emocional <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intrapersonal • Interpersonal • Adaptabilidad • Manejo de estrés • Estado de ánimo general <p>VARIABLE SEGUNDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características del tratamiento • Relación Paciente personal de Salud • Dependiente del paciente <p>MÉTODO ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN Cuantitativo ALCANCE DE INVESTIGACIÓN Descriptivo correlacional DISEÑO DE INVESTIGACIÓN No experimental transversal</p> <p>POBLACIÓN Diabéticos que se atienden en el Hospital Regional del Cusco obtenido del registro del área de endocrinología 174 pacientes.</p>



<p>5. ¿Cuál es la relación entre la dimensión adaptabilidad y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?</p> <p>6. ¿Cuál es la relación entre la dimensión manejo de estrés y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?</p> <p>7. ¿Cuál es la relación entre la dimensión estado de ánimo general y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021?</p>	<p>pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.</p> <p>5. Identificar la relación entre la dimensión adaptabilidad y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.</p> <p>6. Identificar la relación entre la dimensión manejo de estrés y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.</p> <p>7. Identificar la relación entre la dimensión estado de ánimo general y el grado de Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021.</p>	<p>5. Existe relación entre la dimensión estado de ánimo general y la Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco 2021 es significativo.</p>	<p>MUESTRA Los pacientes que pertenecen al Club de diabéticos del Hospital Regional del Cusco que suman 120 pacientes obtenidos del registro atención.</p>
--	---	--	---



D. Matriz de Instrumentos

Nombre del instrumento	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Expresión parcial
EQi – YV BarOn Emocional Quotiente Inventory	Intrapersonal	Comprensión de sí mismo	7, 9, 23, 35, 52, 63, 88, 116	Mayor igual a 130 capacidad emocional marcadamente alta De 115 a 129 capacidad emocional muy alta De 86 a 114 capacidad emocional adecuada
		Asertividad	22, 37, 67, 82, 96, 111, 126	
		Autoconcepto	11, 24, 40, 56, 70, 85, 100, 114, 129	
		Autorrealización	6, 21, 36, 51, 66, 81, 95, 110, 125	
	Independencia	3, 19, 32, 48, 92, 107, 121	De 86 a 114 capacidad emocional adecuada	
	Interpersonal	Empatía	18, 44, 55, 61, 72, 98, 119, 124	De 86 a 114 capacidad emocional adecuada
		Relaciones interpersonales	10, 23, 31, 39, 55, 62, 69, 84, 99, 113, 128	De 70 a 85 capacidad emocional baja
		Responsabilidad social	16, 30, 46, 61, 72, 76, 90, 98, 104, 119	Menor o igual a 69 capacidad emocional muy baja
Adaptabilidad	Solución de problemas	1, 15, 29, 45, 60, 75, 89, 118		



		Prueba de realidad	8, 35, 38, 53, 68, 83, 88, 97, 112, 127	
		Flexibilidad	14, 28, 43, 59, 74, 87, 103, 131	
	Manejo de estrés	Tolerancia al estrés	4, 20, 33, 49, 64, 78, 93, 108, 122	
		Control de impulsos	13, 27, 42, 58, 73, 86, 102, 117, 130	
	Estado de ánimo general	Felicidad	2, 17, 31, 47, 62, 77, 91, 105, 120	
		Optimismo	11, 20, 26, 54, 80, 106, 108, 132, 133	
Cuestionario de Adherencia al tratamiento	Características del tratamiento	Tratamiento farmacológico	1, 2, 3, 4	Mayor igual a 130 capacidad emocional marcadamente alta
		Tratamiento no farmacológico	-	
		Dieta	8, 9	De 115 a 129 capacidad emocional muy alta
		Ejercicio	10, 11	



		Educación	-	De 86 a 114 capacidad emocional adecuada
	Relación paciente personal de salud	Relación interpersonal con el equipo de salud	14	De 86 a 114 capacidad emocional adecuada
	Dependiente del paciente	Edad	-	De 70 a 85 capacidad emocional baja
		Sexo	-	
		Ingreso económico	12	Menor o igual a 69 capacidad emocional muy baja
		Ocupación	13	
		Grado de instrucción	6,7	