

**PERFILES DE PERSONALIDAD QUE
FAVORECEN LA ADHERENCIA EN
DIABETES TIPO 1 Y LA
INTERACCIÓN CON FACTORES DE
SALUD PSICOLÓGICA**

Personality profiles that favor adherence in
type 1 diabetes and interaction with
Psychological health factors

Carmen Sánchez Urbano

Programa de Doctorado Ciencias Sociales y Jurídicas

(Universidad de Córdoba)

D. Javier Herruzo Cabrera y Dña. M. José Pino Osuna

12/07/2021

TITULO: *PERFILES DE PERSONALIDAD QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA EN DIABETES TIPO 1 Y LA INTERACCION CON FACTORES DE SALUD PSICOLOGICA*

AUTOR: *María del Carmen Sánchez Urbano*

© Edita: UCOPress. 2021
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es



TÍTULO DE LA TESIS: PERFILES DE PERSONALIDAD QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA EN DIABETES TIPO 1 Y LA INTERACCIÓN CON FACTORES DE SALUD PSICOLÓGICA

DOCTORANDO/A: CARMEN SÁNCHEZ URBANO

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

(se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma).

Dña. Ma José Pino Osuna y D. Javier Herruzo Cabrera, catedráticos de universidad en el área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la Universidad de Córdoba, como directores de la presente tesis realizada por Dña. CARMEN SÁNCHEZ URBANO, certifican que la misma es fruto de un largo proyecto y labor realizadas en el seno del Grupo de investigación HUM-775: Comportamientos de riesgo, salud y seguridad laboral del Plan Andaluz de Investigación. El trabajo cumple con los requisitos formales de originalidad y calidad y mantiene el rigor científico y académico exigibles como para que sea presentado para su defensa pública y evaluado en la Comisión Académica del Programa de Doctorado de Ciencias Sociales y Jurídicas, en orden a la posible adquisición del grado de Doctor.

Es de destacar que siendo una persona que ejerce la psicología profesionalmente en la sociedad, tenga –además- la iniciativa de investigar, dado que esto hace que haya tenido que realizar un gran esfuerzo para compatibilizar las actividades profesionales y familiares con el desarrollo de esta tesis, pero que finalmente ha sabido concluir aportando a la sociedad un avance del conocimiento en un tema de salud pública que afecta a más de un 15% de la población: la *Diabetes Mellitus*.

En esta Tesis, en primer lugar, se hace una introducción teórica y profunda revisión bibliográfica de los temas que se abordan en la investigación: la adherencia y otros factores psicológicos relevantes en la enfermedad *Diabetes Mellitus*. Posteriormente, en la parte empírica, se exponen los resultados surgidos del planteamiento de los objetivos, expresados de forma ordenada y siguiendo el orden en que éstos fueron planteados. Los resultados tienen una aplicación práctica, en tanto que relaciona los estilos de personalidad con la adherencia en diabetes, lo que nos permite establecer guías de prevención de la baja adherencia a partir de factores de personalidad que son medibles fácilmente en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Es preciso destacar que parte de los resultados de esta Tesis se han publicado ya en la revista, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, una revista del primer cuartil (Q1) del JCR (Journal of Citation Report –SSCI, Clarivate Analytics), estando en preparación otro manuscrito más que se publicará en una revista de impacto. También ha presentado un póster en un congreso nacional, que se citan a continuación.

Sánchez-Urbano, C., Pino, M. J., & Herruzo, C. (2021). Personality Prototypes in People with Type 1 Diabetes and Their Relationship with Adherence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4818. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18094818>

Sánchez-Urbano, C. (2013). “Estudio descriptivo de los efectos del estrés y la presencia de trastorno depresivo en la Diabetes Tipo 2”. Póster en el II Foro de Investigadores Noveles de la UNED. Febrero de 2013.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 9 de julio de 2021

Firma del/de los director/es

Firmado por PINO OSUNA MARIA JOSEFA -
30504320H el día 15/07/2021 con un
certificado emitido por AC FNMT
Usuarios

Firmado por HERRUZO CABRERA FRANCISCO
JAVIER - 30491041X el día
15/07/2021 con un certificado emitido
por AC FNMT Usuarios

Fdo.: María José Pino Osuna

Fdo.: Javier Herruzo Cabrera

Dedicada a quien puso la materia prima

A quien ha moldeado esa materia prima

Y a quienes han cedido en su demanda de tiempo

por la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A los directores de esta tesis por su apoyo y dedicación en este largo camino.

Al Equipo de Endocrinología del Hospital Universitario de Reina Sofía, por su disposición de colaborar en la recogida de datos.

A todas las personas que han colaborado cumplimentando el dossier de recogida de información.

RESUMEN

La Diabetes es un síndrome endocrino crónico que requiere una estricta adherencia al autocuidado por parte de la persona, para favorecer su curso y pronóstico, y evitar consecuencias negativas. Por lo tanto, el papel que desempeña el paciente es determinante. Dm1 y Dm2, a pesar de formar parte de la misma entidad nosológica, cuentan con características diferenciales que han propiciado el planteamiento y la realización de dos estudios independientes. Estas características de Dm1 y Dm2 hacen referencia, respectivamente, a la etapa del desarrollo en la cual suele aparecer la enfermedad (niñez-adolescencia vs. adultez-vejez), a los modos de administración del tratamiento (administración de insulina vs. tratamiento oral), a la comorbilidad con otras enfermedades (mayor en el caso de Dm2)...

Ambos estudios han intentado valorar como se relacionan distintas características psicológicas de la persona con aspectos de control metabólico de la diabetes. En concreto, en uno de los estudios se ha valorado como rasgos de personalidad influyen en la adherencia en personas con Dm1, y su interacción con factores de salud psicológica. Y en personas con Dm2 se ha valorado cómo síntomas de estrés y/o problemas de depresión influyen en la enfermedad.

En los dos estudios hemos obtenido resultados que evidenciarían la existencia de relaciones entre aspectos psicológicos y aspectos de adherencia al tratamiento de la diabetes. Esto podría apoyar la idea de los beneficios que supondrían intervenciones multidisciplinarias, que incluyan aspectos psicológicos como rasgos de personalidad y/o factores de salud psicológica, para mejorar el automanejo de la diabetes. Así como, también sería interesante tener en cuenta las diferencias respecto al sexo que pudieran aparecer.

En el caso de la Diabetes Tipo 1, por la edad de inicio y la cronicidad de la enfermedad, por los requerimientos más invasivos del tratamiento y por aspectos inherentes a las tempranas etapas del desarrollo, es importante poner el foco en los aspectos que pudieran optimizar la adherencia al tratamiento, con el objetivo primordial de que las personas con Dm1 puedan ver la diabetes como una condición, internalizando las pautas de autocuidado. Así se eliminaría la perspectiva de "limitaciones en la vida" que puede suponer el diagnóstico.

En nuestro estudio, hemos obtenido que sin existir importantes diferencias respecto a los rasgos de personalidad, entre el grupo de casos y el grupo control, sí existen rasgos que se relacionan con indicadores referentes al automanejo. En concreto, principalmente el Neuroticismo es el rasgo que se relaciona con elevados niveles de HbA1c, es decir, con un mal control metabólico de la Dm1. Por su parte respecto al indicador cognitivo, o conocimiento estimado de la enfermedad, otorga resultados algo contradictorios. Por una parte, se podría decir que no sería un indicador válido, ya que, se relaciona con niveles elevados de Neuroticismo, en algunos de los análisis realizados. El "conocer" no daría la confianza suficiente para llevar a cabo una adecuada adherencia; o la percepción de dicha adherencia se vería influida por determinados sesgos. Aunque, por otra parte, un buen conocimiento estimado también se relaciona con bajos niveles de HbA1c, lo que es indicativo de un buen control; así, los pacientes poseerían los conocimientos necesarios para seguir las pautas adecuadas de automanejo.

Respecto a factores de salud psicológica, en general, personas con Dm1 en comparación con el grupo control, presentan menos problemas y/o síntomas

emocionales; por lo que, en principio, el padecer Dm1 no tendría por qué relacionarse con la presencia de mayores problemas psicológicos.

Por su parte, los prototipos, entendidos como "patrones estables" de personalidad, también se han relacionado con aspectos de la adherencia al tratamiento de Dm1 y con factores de salud psicológica. En concreto, personas resilientes con Dm1 se han asociado con un buen ajuste, no presentando problemas y/o síntomas emocionales; aunque respecto a su adherencia, si presentan un exceso de confianza respecto a la estimación de la misma. Resultado curioso ha sido los mayores problemas de personas resilientes en el ámbito de las relaciones íntimas, en varios de los análisis realizados. Por su parte, los sobrecontrolados destacan por presentar un mayor nivel de problemas/síntomas emocionales, aunque cometen un menor error al estimar su adherencia.

Respecto al sexo, el resultado más destacado es que en general las mujeres con Dm1 presentan mayores niveles de Neuroticismo que los hombres con Dm1. Así mismo, presentan más niveles de ansiedad y depresión.

Y respecto a la edad, se podría decir que los adultos con Dm1 relativizan más el seguimiento de unas pautas adecuadas de adherencia, presentando peores hábitos conductuales; y así mismo, no muestran significativos problemas emocionales. Por su parte, los jóvenes con Dm1, a pesar de ser más adherentes, presentan un mayor malestar emocional subjetivo.

Por su parte, la Diabetes Tipo 2 afecta a personas mayores y supone una mayor implicación conductual (hábitos de la persona) en su aparición y en el pronóstico de la enfermedad. En el presente estudio referente a Dm2, se obtiene que problemas de depresión y aspectos de estrés psicológico tienen alguna implicación en

el automanejo de la enfermedad, básicamente en aspectos como la satisfacción con la atención médica recibida y en el nivel de motivación diaria.

También aparecen diferencias respecto al sexo, presentando las mujeres con Dm2 más problemas de estrés y depresión que los hombres con Dm2; y así mismo los mayores niveles de estrés en mujeres correlacionan con mayores niveles de glucosa y HbA1c.

Los resultados de ambos estudios, podrían sugerir la necesidad de que intervenciones orientadas a la mejora del autocuidado de la diabetes tengan en cuenta aspectos como las características propias de las distintas entidades nosológicas de la enfermedad y el sexo, la edad o factores de salud psicológica... de la persona, para garantizar la consecución de los objetivos de educación diabetológica y mejorar la evolución y pronóstico de la Diabetes.

INDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

RESUMEN

I.- INTRODUCCIÓN

1.- Psicología y Salud

1.1.- Concepto de salud.

1.2.- Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial de la salud.

1.3.- Psicología de la Salud como disciplina

1.3.1.- Modelos teóricos de Psicología de la Salud.

1.4.- El estado de salud y la enfermedad crónica.

2.- Diabetes Mellitus (Dm)

2.1.- Historia de la Diabetes

2.2.- Diabetes Tipo 1 (Dm1)

2.2.1.-Pautas de autocuidado: Adherencia (dieta, ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco.)

2.2.2.- Impacto emocional del diagnóstico de la enfermedad

2.2.3.- Respuesta de Estrés. Factores Fisiológicos que influyen en la Adherencia en la Dm1.

2.2.4.- Aspectos Psicológicos que influyen en el Autocuidado de la DM1.

.2.4.1.- Los rasgos de Personalidad. El modelo de los 5 factores.

2.2.4.2.- Los prototipos de Personalidad. Prototipos de Asendorpf

2.2.4.3.- Factores de Salud Psicológica que influyen en el autocuidado de la Dm1.

2.2.4.3.1.- Dm1 y trastornos depresivos.

2.2.4.3.2.- Dm1 y Trastornos de Ansiedad

2.2.4.4.- Factores conductuales que influyen en el Autocuidado

2.2.5.- Intervención Psicológica en Dm1

2.2.6.- Diferencias respecto al sexo en Autocuidado de Dm1

2.2.7.- Diferencias respecto a la edad en el Autocuidado de Dm1.

2.3.- Diabetes Tipo 2.

II- Planteamiento Investigación

1.- El problema

2.- Justificación

3.- Objetivos de la Investigación

3.1.- Estudio 1: Perfiles de Personalidad que favorecen la adherencia en Diabetes Tipo 1 y la interacción con Factores de Salud Psicológica.

3.2.- Estudio 2: Estudio Descriptivo de los efectos del estrés y la presencia de Trastorno Depresivo en la Diabetes Tipo 2.

III- Estudio 1: Perfiles de personalidad que favorecen la adherencia en diabetes tipo 1 y la interacción con factores de salud psicológica.

1.- Metodología

1.1.- Tipo de estudio.

1.2.- Diseño.

1.3.- Participantes. Contexto.

1.4.- Variables

1.4.1.- Variables sociodemográficas y antropométricas

1.4.2.- Variables de estudio

1.4.2.1.- Variables Psicológicas y Conductuales

1.4.2.2.- Variables relacionadas con la enfermedad.

1.5.- Métodos y técnicas de recogida de datos. Cuestionarios empleados.

1.5.1.- *NEO Personality Inventory* (NEO-PIR-R). Versión reducida
NEO-FFI

1.5.2.- *Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure*
(CORE-OM).

1.5.3.- *Beck Depression Inventory* (BDI)

1.5.4.- *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

1.6.- Análisis de Datos

1.7.- Ética

2.- Resultados

2.1.- Análisis Descriptivo. Muestra Total

2.1.1.- Datos Antropométricos de la muestra total. Grupo de casos vs. grupo control

2.1.2.- Datos relacionados con rasgos de personalidad de la muestra total. Grupo de casos vs. grupo control

2.1.3.- Datos relacionados con Factores de Salud Psicológica de la muestra total. Grupo de casos vs. grupo control

2.1.4.- Datos relacionados con los hábitos conductuales de la muestra total. Grupo de casos vs. grupo control

2.1.5.- Datos descriptivos relacionados con la enfermedad del grupo de casos.

2.2.-Análisis Descriptivo. Diferencias respecto al sexo. Hombres.

2.2.1.- Datos Antropométricos del grupo de hombres. Grupo de casos vs. grupo control.

2.2.2.-Datos relacionados con rasgos de personalidad del grupo de hombres. Grupo de casos vs. grupo control.

2.2.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica del grupo de hombres. Grupo de casos vs. grupo control.

2.2.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos del grupo de hombres. Grupo de casos vs. grupo control.

2.3.- Análisis Descriptivo. Diferencias respecto al sexo. Mujeres.

2.3.1.- Datos Antropométricos del grupo de mujeres. Grupo de casos vs. grupo control

2.3.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad del grupo de mujeres. Grupo de casos vs. grupo control

2.3.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica del grupo de mujeres. Grupo de casos vs. Grupo control

2.3.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos del grupo de mujeres. Grupo de casos vs. grupo control.

2.4.-Datos descriptivos. Comparación Grupo de Hombres con Dm1 y Grupo de Mujeres con Dm1.

2.4.1.- Datos antropométricos. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

2.4.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

2.4.3.-Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

2.4.4.-Datos descriptivos relacionados con los hábitos. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

2.4.5.- Diferencias respecto al sexo en los datos descriptivos, relacionados con la enfermedad

2.5.- Diferencias respecto a la edad. Comparación Grupo de jóvenes (≤ 21 años) y Grupo de adultos (≥ 22 años).

2.5.1- Jóvenes (≤ 21 años)

2.5.1.1.- Datos Antropométricos del grupo de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. grupo control

2.5.1.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad del grupo de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. grupo control

2.5.1.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica del grupo de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. grupo control

2.5.1.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos del grupo de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. grupo control.

2.5.2.- Adultos (\geq de 22 años)

2.5.2.1.- Datos Antropométricos del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de casos vs. grupo control

2.5.2.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de casos vs. grupo control.

2.5.2.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de casos vs. grupo control.

2.5.2.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos del grupo de \geq de 22 años. Grupo de casos vs. grupo control.

2.5.3.- Datos descriptivos. Grupo de jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

2.5.3.1.- Datos antropométricos. Grupo de jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

2.5.3.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad. Grupo de jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

2.5.3.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica. Grupo de Jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo de Adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

2.5.3.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos. Grupo de jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo de adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

2.5.3.5.- Diferencias respecto a la edad en los datos descriptivos relacionados con la enfermedad. Jóvenes Dm1 (≤ 21 años) vs. Adultos Dm1 (\geq de 22 años).

3.- Análisis Indicadores Manejo de Dm1 / Rasgos de Personalidad y Factores de Salud Psicológica

3.1.- Relación entre Indicadores (Fisiológico y Cognitivo) y Rasgos de Personalidad.

3.1.1.- Muestra de Casos

3.1.2.- Hombres con Dm1

3.1.3.- Mujeres con Dm1.

3.1.4.- Jóvenes con Dm1.

3.1.5.-Adultos

3.2.- Relación entre indicadores (Fisiológico y Cognitivo) y Factores de Salud Psicológica.

3.2.1.- Muestra de Casos.

3.2.2.- Hombres con Dm1.

3.2.3.- Mujeres con Dm1.

3.2.4.- Jóvenes con Dm1.

3.2.5.- Adultos con Dm1.

4.- Análisis de los prototipos de Asendorpf.

4.1.- Análisis descriptivo de prototipos de Asendorpf en muestra de casos y muestra control.

4.2.- Análisis descriptivo de prototipos de Asendorpf. Diferencias respecto al sexo.

4.3.- Análisis descriptivo de prototipos de Asendorpf. Diferencias respecto a la edad

4.4.- Análisis de la relación entre Prototipos de Asendorpf, Adherencia y Factores de Salud Psicológica.

4.4.1.- Muestra de casos

4.4.2.- Hombres

4.4.3.- Mujeres

4.4.4.- Jóvenes (≤ 21 años)

4.4.5.- Adultos (≥ 22 años).

3.- Discusión

3.1.- Rasgos de Personalidad y Diabetes

3.2.- Factores de salud psicológica y Dm1

3.3.- Patrones conductuales y Dm1. Diferencias respecto al sexo y respecto a la edad.

3.4.- Resultados respecto a los Indicadores de la enfermedad. Relación Indicadores /Rasgos de Personalidad y Factores de Salud Psicológica.

3.5.- Prototipos de Asendorpf y Dm1.

4.- Limitaciones

5.- Conclusiones

IV-Estudio 2: Estudio Descriptivo de los efectos del estrés y la presencia de Trastorno Depresivo en la Diabetes Tipo 2.

1.- Metodología

1.1. Tipo de estudio. Participantes. Contextos

1.2.- Diseño

1.3.- Variables

1.3.1.- Datos demográficos y de hábitos

1.3.2.- Datos antropométricos

1.3.3.- Datos Bioquímicos

1.3.4.- Datos psicológicos

1.4.- Métodos y técnicas de recogida de datos

1.4.1- *Problem Areas in Diabetes (PAID).*

1.4.2.- *HANDS (Harvard Department of Psychiatry /National Depression Screening Day)*

1.5.-Análisis de Datos

2.- Resultados

2.1.- Características clínicas y bioquímicas de la muestra.

2.2-Síntomas de estrés y escala HANDS en pacientes con DM2 y en personas controles.

2.3- Relación entre la presencia de síntomas de estrés y de un trastorno depresivo (HANDS) y los hábitos diarios de pacientes con DM2.

2.4- Asociación entre la presencia de síntomas de estrés y de un trastorno depresivo (HANDS) sobre el control metabólico.

2.5- Relación entre la presencia de un trastorno depresivo (HANDS) y la presencia de lesiones derivadas de la Dm2.

2.6.- Relación entre la presencia de síntomas de estrés emocional y la presencia de un trastorno depresivo (HANDS).

2.7- Correlación entre síntomas de estrés emocional y puntuación HANDS y variables fisiológicas.

3.-Discusión

4.- Limitaciones

5.- Conclusiones

V. CONCLUSIONES FINALES

LISTADO DE TABLAS

LISTADO DE FIGURAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

I.- INTRODUCCIÓN

1.- Psicología y Salud

1.1.- Concepto de salud.

La forma de entender la *salud* ha variado a través de las diferentes épocas y contextos históricos. Como plantea el doctor Hernán San Martín (1981), “el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población” (Gavidia y Talavera, 2012).

Diversas perspectivas han entendido la salud como un estado de equilibrio. Alcmeón de Crotona (S.VI-V a.C.) afirmaba que lo que conserva la salud es el equilibrio de las potencias (húmedo-seco, frío-caliente...), una mezcla proporcional de estas cualidades. Pero el predominio de unas sobre otras es causa de enfermedad. Así, la medicina antigua plantea una concepción unitaria y globalizadora de la enfermedad, suponiendo una pérdida de normalidad (Gavidia y Talavera, 2012). En consonancia, la teoría de humores de Hipócrates establece como condición para la salud, la normalidad y equilibrio de los humores, tanto en cantidad como calidad. Si uno dominaba sobre otro se produce la enfermedad (Gavidia y Talavera, 2012).

Esta perspectiva del equilibrio termina con la aparición de la atribución de la causa orgánica a la enfermedad, perspectiva cuyo origen fue el descubrimiento del bacilo de Koch, como causante único y directo de la tuberculosis (Gavidia y Talavera, 2012). Esto da lugar a la aparición de los modelos médicos tradicionales, en los que se han basado en el modelo biomédico (León Rubio et al., 2004). Este modelo establece un reduccionismo biológico y un dualismo cartesiano (S.XVII-XVIII); también establece que cuerpo y mente son entidades diferentes y que funcionan de forma independiente. Esta perspectiva es acorde con el racionalismo ilustrado

(S.XIX), que también establece una visión fisiopatológica, donde la lesión es lo que define a la enfermedad. (Gavidia y Talavera, 2012).

A principios del S.XX, con la obra de Sigmund Freud (1856-1939), se empieza a reconocer la importancia de los procesos psíquicos en la génesis de muchas enfermedades. Esto da lugar a una corriente de concepción psicosomática que da importancia a los procesos mentales en los procesos fisiológicos (Gavidia y Talavera, 2012). La idea de salud se amplía para tener en cuenta otros factores que pueden influir en la misma, como el ambiente y/o el comportamiento de la persona. La importancia del ambiente, queda patente en el planteamiento del microbiólogo y ambientalista Dubos, R.J. (1901-1982) que plantea una teoría ecológica de la enfermedad, basada en la necesidad de una adaptación continua a la situación crítica de un entorno cambiante. Así, la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en el mismo (Gavidia y Talavera, 2012). Por su parte, el psicólogo Matarazzo, J. (1925-) en 1980 introduce el término “salud conductual”, siendo el autor que realiza importantes aportaciones a la medicina conductual (Cerezo-Reséndiz y Hurtado-Rodríguez, 2012). Este autor, establece la responsabilidad individual en la adopción de conductas que prevengan la enfermedad y mantengan la salud. Les otorga importancia a las actitudes de la persona respecto a la salud, al modo en que considere que puede controlar su conducta, a la percepción de valía y a la capacidad de autocuidado (Gavidia y Talavera, 2012).

Por lo tanto, el concepto de salud ha tenido un importante avance en los últimos años (Arrivillaga Quintero et al., 2007). Unido a las diferentes perspectivas descritas, esta evolución se desencadenó debido a la directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que planteaba que se cuestionara el objetivo y la forma

de intervenir sobre la salud humana. Así el concepto de *salud* ya no sería entendido como la ausencia de enfermedad, sino que se relacionaría con los conceptos de bienestar y satisfacción de la persona.

La OMS en la Carta Constitucional (1946) establece que la salud es *el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* (Gavidia y Talavera, 2012). Así mismo establece que *la protección y promoción de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico-social duradero y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.*

1.2.- Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial de la salud.

Las anteriores perspectivas han dado lugar a dos planteamientos clínicos de atención de la salud/enfermedad de las personas a lo largo del tiempo.

Las primeras orientaciones asistenciales establecían que la mente no puede influir en el cuerpo, y la enfermedad tiene un origen biológico que es ocasionado por un desequilibrio bioquímico o por patógenos externos. La relación, en este sentido, sí se acepta, pero de forma unidireccional, es decir, lo biológico influye en lo psicológico; pero la relación inversa no ha sido aceptada tan fácilmente, lo psicológico no podría influir en lo biológico. Según este planteamiento, la salud y la enfermedad son dos conceptos opuestos, y uno es función del otro (Gavidia y Talavera, 2012). La salud es “la ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo” (León Rubio et al., 2004); por lo que el diagnóstico de la enfermedad y el correspondiente tratamiento es físico o biológico. El responsable de este proceso es el profesional médico y el paciente no tiene ningún tipo de responsabilidad en la enfermedad; es catalogado como una víctima que es involucrada de forma pasiva en

el proceso patológico y con reducidos elementos para el manejo de su salud y de los estados de ánimo derivados (Arrivillaga Quintero et al., 2007). Por lo tanto, esta perspectiva favorece la ausencia de control por parte del paciente y la consecuente desesperanza para el afrontamiento del proceso patológico. Así, el pronóstico y el resultado de este proceso va a depender de factores externos, en ocasiones no controlables como la conducta médica, los tratamientos farmacológicos, las posibilidades asistenciales...

En conclusión, para el modelo biomédico, la salud y la enfermedad son entidades diferentes. No se plantea ninguna colaboración interdisciplinar y se rechaza que la mente pueda actuar sobre la materia (León Rubio et al., 2004). Siguiendo esta perspectiva, del papel pasivo otorgado a la persona en su salud, se deriva la aparición de conceptos como la *conducta de enfermedad* o la forma en que las personas responden a la aparición de síntomas; o la *conducta anormal de enfermedad*, o la conducta que tiene consecuencias negativas para el pronóstico de la enfermedad (León Rubio et al., 2004).

Ante las limitaciones que suponía este modelo y la importancia que se le va concediendo a otros factores en la salud, como el contexto social y la conducta de la persona, se pasa de un modelo patogénico a un modelo salutogénico; aparece el *Modelo Biopsicosocial*. El modelo biopsicosocial viene derivado de una necesidad de acercamiento más comprensivo al tema de salud-enfermedad. Las bases teóricas del mismo establecen la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales como el determinante principal de la salud y la enfermedad (León Rubio et al., 2004). Así, se validan los factores biológicos como causales, pero con un peso relativo en el mantenimiento del estado de enfermedad (Arrivillaga Quintero et al., 2007). Respecto a los factores psicológicos, se fortalecen y destacan el papel de factores

comportamentales, especialmente los protectores para la salud, para que favorezcan que el paciente cuente con los recursos más adecuados para afrontar situaciones referentes a su salud y, por lo tanto, pueda tener una óptima calidad de vida (Arrivillaga Quintero et al., 2007). Se necesita el desarrollo de estrategias de diversa índole: cognoscitivas, conductuales y emocionales para adquirir un buen nivel de conocimiento sobre la condición de salud y sobre el manejo de la enfermedad, y poder actuar en consecuencia. Y respecto a los factores sociales, hay que tener presentes las condiciones ambientales que son favorables para la condición de salud (Arrivillaga Quintero et al., 2007), con el objetivo de ajustar el desarrollo de las capacidades que puedan influir en el pronóstico de esta. Así, el bagaje cognitivo-conductual, con el que cuenta el paciente, permite tomar decisiones adecuadas en función del estado de salud y asumir conductas de autocuidado que prevengan las complicaciones que se pueden derivar de un mal automanejo de una enfermedad específica (Arrivillaga Quintero et al., 2007). Por su parte, Bishop, G.D. (1994) define el modelo biopsicosocial como un “acercamiento sistemático a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psicológicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos los niveles” (León Rubio et al., 2004).

En conclusión, las características del modelo biopsicosocial son las siguientes (León Rubio et al., 2004):

- Se rechaza el reduccionismo del modelo biomédico en pro de la multicausalidad.
- Se evita el dualismo mente-cuerpo, porque se valora que existe interacción entre estos sistemas.

- Las conductas de vida y nuestro modo personal de vivir constituyen variables significativas en el inicio y curso de la enfermedad.
- Los factores contextuales tienen un papel importante.
- Los factores estresantes y los mecanismos que implican la respuesta de estrés también tienen un papel en el proceso de salud- enfermedad. De dichos factores se desentiende el modelo biomédico.

La recomendación de la OMS, como se ha descrito, provocó un cambio en el modelo de salud imperante, y favoreció la aparición de una nueva rama de la psicología, la Psicología de la Salud.

1.3- Psicología de la Salud como disciplina.

En 1978, la Asociación Americana de Psicología (APA) crea la 38ª División, que correspondía a la Psicología de la Salud; siendo Joseph D. Matarazzo su presidente.

La Psicología de la Salud es una disciplina que se encarga de las investigaciones y prácticas psicológicas orientadas a la comprensión y promoción de la salud (Arrivillaga Quintero et al., 2007). Así la APA la incluye como un medio para la promoción y la educación de la salud y el bienestar humano (Arrivillaga Quintero et al., 2007). Presta atención a indicadores como los comportamientos de riesgo que puede presentar una persona y las consecuencias de estos para su salud; así, estos indicadores pueden ser considerados como determinantes de riesgo modificables y susceptibles de ser alterados por intervenciones psicológicas relacionadas (Arrivillaga Quintero et al., 2007). Desde esta posición se le otorga al paciente un papel activo, y en cierta medida decisivo, en el proceso de enfermedad.

La Psicología de la Salud (Matarazzo, 1980) queda definida como “la suma de las aportaciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, de la enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de políticas sanitarias” (Arrivillaga Quintero et al., 2007).

La *salud* se estima como el logro del más elevado nivel de bienestar a todos los niveles, físico, psicológicos y social; donde tienen influencia las condiciones históricas, culturales y sociales. Los objetivos básicos de la psicología de la salud son:

- Analizar la influencia de variables psicosociales sobre el estado de salud.
- Analizar el proceso por el que se llega a dicho estado.
- Valorar el modo en que la salud contribuye a la calidad de vida.
- Valorar las respuestas de las personas cuando no disponen de un estado de salud, es decir, cuando están enfermas.

Bajo esta perspectiva, en la definición de *conducta anormal de enfermedad* ya queda patente la posibilidad de llevar a cabo una intervención en el modo inapropiado de percibir, evaluar y actuar en relación con el estado de salud, trasladando la responsabilidad al paciente y al control que éste puede manifestar en su conducta. Así, el comportamiento de la persona que padece la enfermedad está relativamente fuera del control médico, cuya función sería aconsejar, orientar e indicar el camino establecido científicamente como más adecuado.

Dentro del campo de actuación de la Psicología de la Salud, un área de intervención importante es el de la *enfermedad crónica*, por la duración, las

consecuencias y limitaciones que puede suponer y por el impacto que normalmente supone en el estilo de vida de la persona. La salud, desde la perspectiva actual, ya no se debe a una causa simple, y no se puede poner el énfasis en la curación, al tratarse de problemas crónicos que se extienden a lo largo de toda la vida. El énfasis debe recaer en el afrontamiento adaptativo del paciente, en consonancia con las indicaciones del profesional sanitario, que ya no tendrá el papel “autoritario” de etapas anteriores, sino un papel “orientador” para mejorar el desarrollo y pronóstico de la enfermedad.

En este contexto, las intervenciones psicológicas adquieren importancia, especialmente las que se focalizan en lo comportamental, ya que mejorarían los síntomas y la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de las mismas sería trabajar en la educación para promover conductas orientadas a conseguir dicha calidad de vida y la máxima autonomía posible (Arrivillaga Quintero et al., 2007).

Conceptos como *impacto*, *afrontamiento*, *autorregulación o conducta de salud* y *estilo de vida* adquieren importancia.

El *impacto* es un estado temporal de trastorno psicológico y desorganización, caracterizado por la incapacidad para abordar situaciones particulares (Arrivillaga Quintero et al., 2007); un caso particular de esta situación sería el diagnóstico de una enfermedad crónica. Dentro de este estado disfórico, existe una incapacidad percibida para resolver los problemas de forma acertada y los que puede derivar en el empleo de estrategias de afrontamiento inadecuadas, por verse afectada la percepción de las expectativas de vida que pueda suponer el diagnóstico de una determinada enfermedad (Arrivillaga Quintero et al., 2007).

El *afrontamiento* implica aceptar la pérdida de salud, lo que permite ir admitiendo la condición y adaptarse para desarrollar comportamientos pro-salud

(Arrivillaga Quintero et al., 2007). En concreto, se llevarían a cabo de forma funcional *conductas de salud*, entendidas como esfuerzos por reducir comportamientos patógenos y fomentar la práctica de aquellos que resulten protectores de salud (León Rubio et al., 2004). Algunos estudios plantean la inestabilidad de estas conductas, ya que los factores que controlan las mismas pueden cambiar (León Rubio et al., 2004), así mismo aparecen diferencias interindividuales respecto a la evolución de la persona y sus comportamientos, es decir, varían los patrones comportamentales saludables que se presentan (León Rubio et al., 2004).

Es importante tener en cuenta *el estilo de vida* de la persona, entendido como el conjunto de conductas que conforman el modo de vida, donde intervienen factores como la dieta, el ejercicio físico, la presencia de hábitos tóxicos.... El individuo sería el único responsable de los conocimientos para su salud. Así, el estilo de vida va a depender de la voluntad, el “querer”, del conocimiento, el “saber” y de la accesibilidad al mismo, el “poder”. El paciente deberá adaptarse a nuevas situaciones necesarias para una vida sana, equilibrada y completa (Gavidia y Talavera, 2012).

Los factores que predisponen a un mayor impacto negativo del diagnóstico de una enfermedad son (Arrivillaga Quintero et al., 2007):

- El padecer un trastorno emocional o de la personalidad ya establecido.
- Presentar desórdenes orgánicos que demanden manejar complicaciones.
- La falta de adhesión al tratamiento prescrito y tener una deficiente capacidad de autorregulación y dificultades en el autocontrol.
- Contar ya con rasgos de discapacidad.

Desde la Psicología de la Salud se han desarrollado multitud de intervenciones encaminadas a la promoción de conductas que contribuyan a la salud y a la prevención, y a la reducción de conductas perjudiciales para la misma. Programas de

actividades que han estado basados en las diferentes teorías desarrolladas en este ámbito.

1.3.1.- Modelos teóricos de Psicología de la Salud.

Los modelos más representativos en Psicología de la Salud (León Rubio et al., 2004) son los modelos de la expectativa de valor y las teorías de autorregulación del comportamiento.

A.- Los *modelos de la expectativa de valor* se centran en las actitudes y creencias, que son consideradas como los determinantes del comportamiento de la persona. Dentro de este modelo se encuentran:

- El modelo de creencias sobre la salud (Hochbaum. 1958).
- La teoría de la acción razonada y conducta planificada (Fishbein y Ajzen, 1975. Ajzen y Mader, 1986).
- La teoría de la motivación protectora (Rogers, 1975).

B.- Las *teorías de autorregulación del comportamiento* ponen el énfasis en que la motivación intrínseca, como las necesidades subyacentes y la autodeterminación. son los determinantes del comportamiento de salud. Destacan:

- El modelo del proceso de adopción de precaución (Weinstein, 1988).
- El proceso de acción a favor de la salud (Schwarzer y Fuchs, 1999).
- La teoría de la acción social (Ewart, 1991).

A.- Modelos de la expectativa de valor

A-1) El modelo de *creencias sobre la salud*: Fue elaborado por Hochbaum en 1958. Postula que según el grado de interés que se tenga

respecto al problema de salud, la persona adoptará una acción de salud u otra; dicho interés es lo denominado motivación de salud. Además, la acción va a depender de la percepción que el sujeto tenga sobre su susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad, es decir, la probabilidad de padecerla, la gravedad que se estime de las consecuencias, los beneficios potenciales de llevar a cabo las conductas de prevención o de reducción de amenaza y los costes o barreras físicas, psicológicas, económicas ... que existan para llevar a cabo la acción. Por lo tanto, para que se produzca la acción de salud deben existir una serie de factores internos (rasgos de personalidad, estados emocionales...) y/o externos (características culturales, sociodemográficas...) que influirán en las motivaciones y percepciones subjetivas que tenga el paciente.

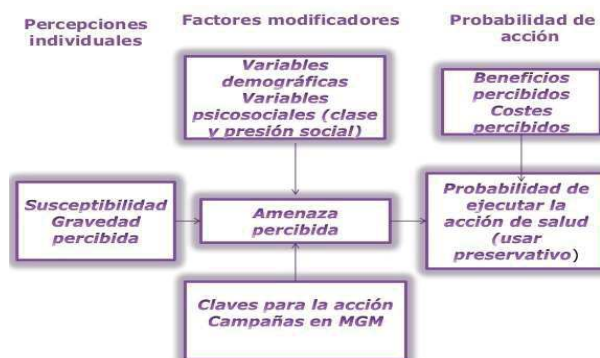


Fig.1: Esquema del modelo de creencias sobre la salud. Obtenido en <https://es.slideshare.net/raiderdan/modelo-de-creencias-sobre-la-salud-de-rosenstock>

A-2) *La Teoría de la acción razonada y conducta plantificada*. La teoría de la acción razonada fue elaborada por Fishbein y Ajzen en 1975. Y la teoría de la conducta planificada fue elaborada por Ajzen y Mader, posteriormente, en 1986. Ambas teorías establecen que la intención de llevar a cabo una conducta es el

principal determinante de esta. Este mecanismo se encuentra detrás de los comportamientos sociales relevantes que pueden estar relacionados con la salud, tanto de forma positiva como negativa.

Según la acción razonada de Fishbein, una persona tendrá la intención o llevará a cabo una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su desempeño y cuando crea que sus referentes sociales importantes estiman que debe realizar la conducta; rasgo que refleja lo relevante de la influencia social.

La teoría de la conducta planificada es una reformulación realizada por Ajzen en 1985, donde se establece que además de una actitud positiva y de la presión social, es necesario que se sienta capaz de realizar la conducta para que se desarrolle la intención de llevar a cabo un comportamiento saludable. Además, la persona debe tener las garantías de que dicho comportamiento le ayudará a obtener el resultado deseado. Un aspecto negativo de esta teoría es la poca atención que se le otorga a las variables emocionales para explicar las conductas de salud, aunque sí reconocen que estas pueden determinarlas.

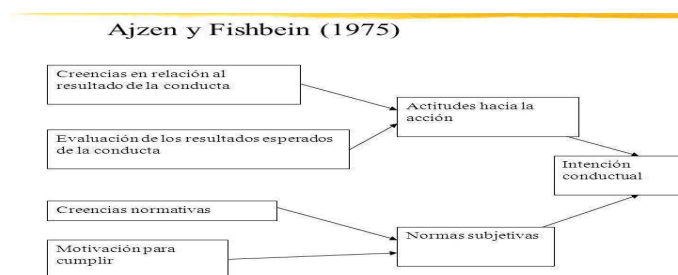


Fig.2: Esquema Teoría de Acción Razonada. Obtenido de Rubio, V.J. Modelos psicológicos del comportamiento saludable. <https://slideplayer.es/slide/4197532/>

A-3) La *Teoría de la motivación protectora*: Esta teoría establece que si la persona percibe que su salud está seriamente amenazada se puede aumentar la

probabilidad de que tenga la intención de adoptar comportamientos de salud. Pero los comportamientos para reducir el riesgo de enfermar deben estimarse eficaces y a un coste muy bajo. Por lo tanto, se produce una interacción entre la apreciación de la amenaza y la evaluación de la respuesta de afrontamiento. El hacer ver las consecuencias derivadas de realizar o no las conductas relacionadas con la salud puede infundir un miedo que impulse a la realización del determinado comportamiento.

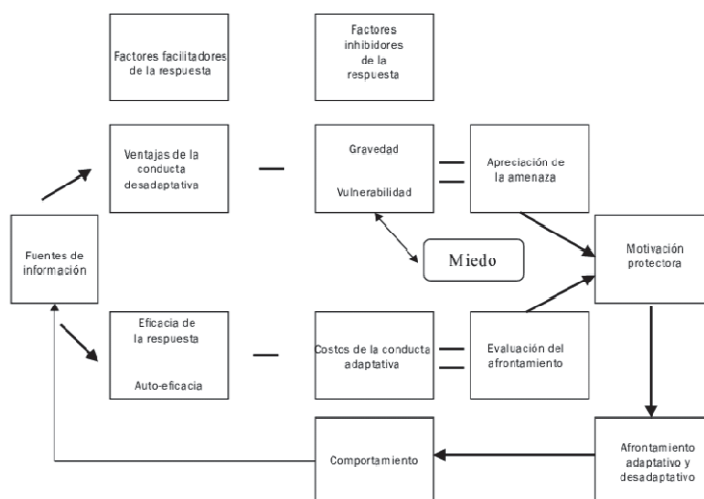


Fig.3: Esquema de la motivación protectora. León Rubio, J.M.y Medina Anzano, S. Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos.2016. https://www.researchgate.net/figure/Figura-7-Teoria-de-la-motivacion-protectora_fig4_31742986

B) Teorías de la autorregulación del comportamiento.

Las teorías de autorregulación del comportamiento hacen hincapié en factores internos como motivación, necesidad y satisfacción, como determinantes de la conducta de salud. Esto se relaciona con el concepto de *autoeficacia percibida* de Bandura, que hace referencia a los factores cognitivos como principales reguladores

de la adopción de conductas favorecedoras de salud y eliminación de las perjudiciales para la misma. Pertenecen a esta postura los siguientes planteamientos:

B-1) El *Modelo del proceso de adopción de precauciones*: Este modelo fue establecido por Weinstein en 1988. Plantea que, ante la necesidad de adoptar comportamientos de salud protectores, las personas atraviesan 7 etapas de creencias relacionadas con su susceptibilidad. Estas etapas serían 1) la persona no tiene información de que su conducta sea peligrosa para la salud, no se es consciente del riesgo; 2) se adquiere la conciencia del riesgo que supone la conducta, pero se mantiene un sesgo optimista, referentes a no tener las consecuencias del riesgo y argumentando que los otros también corren dicho riesgo; 3) se va reconociendo la susceptibilidad y aceptan que las precauciones podrían ser eficaces, pero aún no se muestra la decisión de actuar; 4) se decide llevar a cabo la acción; 5) se valora que dicha acción es innecesaria; 6) se toman precauciones para reducir el riesgo y 7) se mantienen las precauciones si resulta necesario. Estas etapas no tienen un sentido evolutivo, se puede pasar de unas a otras, según la estimación de la persona. Como punto negativo se puede apuntar que no valora los factores sociales, éticos y demográficos que pueden influir.

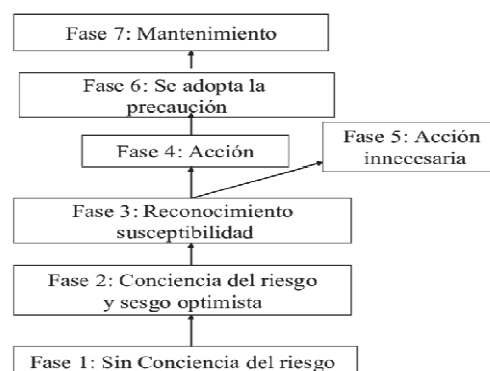


Fig.4: Esquema del Modelo de Proceso de adopción de precauciones. León Rubio, J.M.y Medina Anzano, S. Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y

metodológicos.2016. https://www.researchgate.net/figure/Figura-10-Modelo-de-adopcion-de-precauciones-cion-del-consumo-de-calcio-y-el-ejercicio_fig7_31742986

B-2) El *Proceso de acción a favor de la salud*: Esta es una postura establecida por Schwarzer y Fuchs en 1999. Estos autores estiman que en las expectativas de resultados influyen la percepción del riesgo, la autoeficacia percibida y las intenciones o metas que se plantee el sujeto. Las metas planteadas y la autoeficacia que se percibe al respecto van a condicionar los planes de acción establecidos. La autoeficacia favorece el control de la acción, lo que va a generar un comportamiento a favor de la salud. El papel determinante de la autoeficacia se debe a que esta percepción es clave para el autorrefuerzo y para ver un gradiente de refuerzo equilibrado. A pesar de este impulso hacia la conducta, en ésta van a influir barreras como las culturales o actitudinales, provenientes de los diferentes contextos, de los hábitos de salud, que resultan menos gratificantes, o de la estructura del sistema sanitario, orientado al tratamiento y curación. Así mismo, también va a depender de los recursos existentes. En conclusión, llevar a cabo conductas a favor de la salud puede suponer renunciar a recompensas inmediatas, tangibles y seguras, que suponen los malos hábitos, y esperar recompensas del comportamiento sano a largo plazo, que parecen menos tangibles.

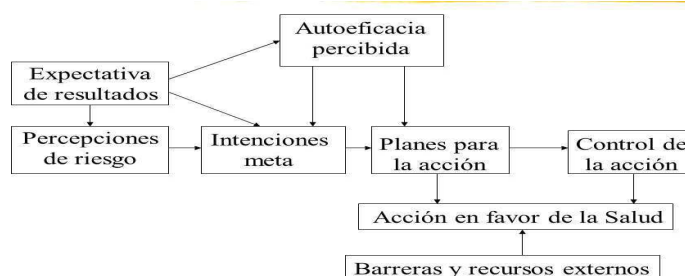


Fig. 5: Esquema del Modelo del Proceso de adopción de Precauciones. Obtenido de Rubio, V.J. Modelos psicológicos del comportamiento saludable. <https://slideplayer.es/slide/4197532/>

B-3) La *Teoría de la acción social*: Esta teoría fue planteada por Ewart en 1991. Supone la existencia de 3 dimensiones que condicionan el paso del hábito perjudicial a otro beneficioso para la salud. Estas dimensiones son 1) los procesos de auto-cambio, entendidos como una auto-regulación hacia la acción deseada; 2) las influencias contextuales y 3) los hábitos o patrones acción-estado. Lo beneficioso va a depender del término “valoración motivacional”, que es función de la evaluación de las capacidades, es decir de la autoeficacia y de los resultados esperables. Esto derivaría en la generación de metas orientadas a la solución de problemas. La orientación social de esta teoría hace estimar que los guiones de acción personal estarían conectados con otros miembros del contexto socio-familiar, generando así una interdependencia social que fundamentarían el cambio de conducta y su mantenimiento. Por lo tanto, el contexto puede modificar las capacidades personales y las relaciones sociales, lo que afecta a las metas establecidas, a la percepción de oportunidades de acción y al diseño y ejecución de estrategias de salud relevantes.

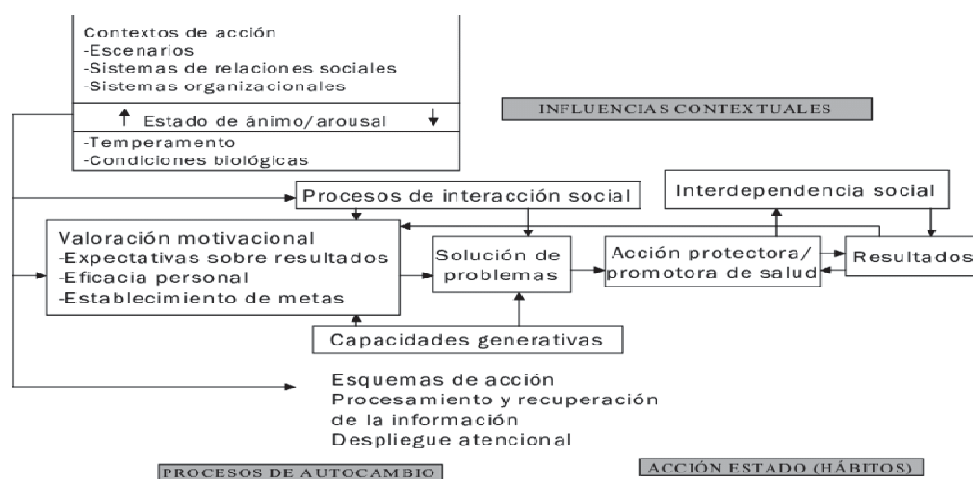


Fig.6: Esquema de Teoría de la Acción Social. León Rubio, J.M. y Medina Anzano, S. Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos.2016.

[https://www.researchgate.net/figure/Figura-12-Teoria-de-la-Accion-Social-de-Ewart-](https://www.researchgate.net/figure/Figura-12-Teoria-de-la-Accion-Social-de-Ewart-1991_fig9_31742986)

1991_fig9_31742986

En conclusión, es necesario unas condiciones cognitivo-conductuales para que una persona lleve a cabo los comportamientos de salud. En concreto:

- a) Se debe percibir que su salud está amenazada.
- b) Dicha amenaza debe interpretarse como un riesgo importante, una vez superado el sesgo optimista (“a mí no me pasará”).
- c) La persona se debe percibir optimista por efectuar la acción, así como capacitado para la misma, es decir, percibirla bajo su control.
- d) Se debe valorar que el entorno social acepta, modela y recompensa la determinada conducta.
- e) Se debe presuponer que la conducta implica reducir el riesgo con un coste aceptable (“que estoy dispuesto a dar”).

No obstante, a pesar de todas las teorías citadas que pueden explicar y sustentar la realización de las conductas de salud y siendo éstas conductas que objetivamente redundarían en beneficios para el proceso de enfermedad, hay personas que no siguen las pautas establecidas. Los motivos que pueden explicar esta situación que puede suponer potenciales consecuencias negativas para la salud son:

- Una percepción no adecuada de la gravedad del proceso patológico que está experimentando.
- Tener la creencia de que el comportamiento no le será beneficioso. Percepción de indefensión frente al proceso patológico.
- Tener una deficiente comunicación con el profesional sanitario, lo que no le permite tener una información y conocimiento adecuado de la enfermedad.

- No disponer de un adecuado apoyo social que afiance y refuerce la realización de la conducta.

1.4.- El estado de salud y la enfermedad crónica.

Actualmente, con la definición actual, la salud es un estado que favorece el desarrollo personal y social; es un recurso para la vida. Según la Oficina Regional para Europa de la OMS, la salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente (Gavidia y Talavera, 2012). En este concepto positivo de salud, tiene un papel importante la persona, que dispone de una capacidad determinada para desarrollar potencialidades y enfrentar situaciones complejas, tanto internas como ambientales. Y se le da importancia tanto a aspectos cualitativos de la vida, como se vive, como a aspectos cuantitativos, cuando se vive.

Bajo esta perspectiva, el ámbito de la enfermedad crónica es un contexto donde los conceptos de cuanti y cuali-calidad de vida son muy importantes, debido al extenso ámbito temporal que abarca la situación, a la elevada exigencia de autocuidado que implica y a las potenciales consecuencias negativas que puede conllevar.

El diagnóstico de una enfermedad crónica supone un impacto importante desde el primer momento; tras un choque emocional inicial, la persona pondrá en marcha unos procesos cognitivos y emocionales con el objetivo de adaptarse a la situación. Así, al principio puede predominar una actitud de evitación o de incredulidad por la noticia, acompañada de sentimientos negativos como rabia, frustración, incompreensión, incontrolabilidad... Tras esta etapa, la persona admite que “no volverá a tener una vida normal” y reordena de forma más o menos adaptativa y funcional su rutina. Debe

incorporar las pautas de tratamiento médico en su día a día, lo que, aun suponiendo variaciones en el estilo de vida, favorecerá un adecuado progreso y pronóstico de la enfermedad. El papel del paciente va a ser muy importante y el patrón de adherencia será decisivo para la evolución de la situación de salud. La *adherencia terapéutica* se define como un fenómeno, un repertorio de conductas modulado por componentes subjetivos, condicionado por factores de diferente naturaleza (Martín Alfonso y Grau Abalo, 2004). El término “*adherence*” supone una implicación activa y voluntaria de la persona en un curso de comportamientos aceptado de mutuo acuerdo, cuyos fines es producir un resultado terapéutico deseado (DiMatteo y DiNicola, 1982). Este repertorio conductual implica las habilidades del qué hacer, como hacer y cuando hacer (Martín Alfonso y Grau Abalo, 2004). En concreto, el seguir un determinado tratamiento se ve influenciado por factores de conocimiento y creencias acerca de la enfermedad, la motivación por desarrollar la conducta de autocuidado y las actitudes al respecto. El no seguir el tratamiento o el tener una pobre adherencia supone un problema para el objetivo de preservar la calidad de vida en términos cuantitativos. Así, este no-seguimiento supone un problema de adherencia, que implica un cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones sanitarias, unido a una rigidez en los estilos de vida (Martín Alfonso y Grau Abalo, 2004). Al ser una conducta de responsabilidad del paciente, que la realiza con autonomía, se ve influenciada por diferentes factores como las tendencias de personalidad, las características conductuales y /o rasgos cognitivos del paciente. Estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta en intervenciones que tengan como objetivo mejorar los mecanismos de adherencia; fallos en la misma aumentarían los problemas y favorecerían la progresión de la enfermedad, ocasionando pérdidas en los diferentes contextos del paciente (personal, laboral, sociofamiliar...).

Actualmente, las intervenciones de educación en salud, normalmente, se enfocan en ámbitos conductuales, pero cuando las pautas de adherencia implican cambios en los hábitos de vida, es más probable que existan algunas reticencias a modificarlos y sea necesario intervenir en otro tipo de factores como cognitivos y/o actitudinales. El modelo cognitivo-conductual establece los aspectos importantes sobre los que intervenir; estos aspectos serían principalmente el modelo de comunicación, el aprendizaje social y los factores cognitivos de decisión (Martín Alfonso y Grau Abalo, 2004). A pesar de las potencialidades que puede haber en una intervención de educación para la salud, podemos encontrar algunas barreras. Así, los rasgos de personalidad, a pesar de que en alguna forma se pueden ver influenciados por factores del ambiente, son características de la persona que se estiman estables y difícilmente modificables; y así mismo, determinarían los rasgos cognitivos-conductuales de la persona.

En resumen, siguiendo el modelo biopsicosocial de Engel (1977) (Alegre y Zumaeta, 2015), se establece la influencia de factores psicológicos y sociales en los procesos fisiológicos; y la mayoría de autores coinciden en atribuir una etiología multifactorial a enfermedades crónicas. Por otra parte, también está bien establecida la influencia de factores y problemas psicológicos en el curso de patologías como fibromialgia, cáncer, enfermedades cardiovasculares o enfermedades metabólicas, neurológicas (Sapolsky, 2004). Así, determinados trastornos dependen de forma importante del comportamiento del paciente, por lo que el cuidado de estas enfermedades va más allá de los aspectos médicos. Entre ellas, por la prevalencia, el impacto en el estilo de vida y las complicaciones que se pueden derivar, destaca la diabetes. La OMS estima que hay más de 180 millones de personas con diabetes, y es probable que aumente más del doble en 2030 (Imayama et al., 2011). Así, sin la

prevención adecuada, las muertes por diabetes aumentarán más del 150% en los próximos 10 años (OMS, 2004). La prevalencia en España se estima en un 16% de la población.

2.- Diabetes Mellitus (Dm)

2.1.- Historia de la Diabetes

La diabetes es una enfermedad de la que tenemos referencias muy antiguas, que han ayudado al descubrimiento y comprensión de los mecanismos fisiológicos subyacentes a la misma. (Giménez Escribano y Benito Marsans, 2001).

La cita más antigua que se conoce en relación con la diabetes es el papiro de Ebers del antiguo Egipto (1500 años A. de C.). En este se caracteriza a la enfermedad por la abundante emisión de orina y así, en controlar este síntoma se basa el tratamiento a través de plantas y frutos. Posteriormente, aparece el manuscrito Atharva Veda (800 años A. de C.), el escrito indio de medicina más antiguo. Es la primera vez que se establece la identificación de la diabetes por el sabor dulce de la orina; debido a que en la exploración del enfermo se incluía probar las secreciones del paciente. Areteo de Capadocia fue el médico griego que acuñó el término de *diabetes*, derivado de la palabra griega que significa “fluye a través”, haciendo referencia a que la afección provoca que los enfermos no paren de eliminar líquido, aunque este aspecto ha sido discutido por algunos. Fue el médico suizo Paracelso quien inició la diabetología experimental, sobre el año 1520. Su experimento fue evaporar una muestra de orina de un sujeto con diabetes, donde identificó un residuo blanco salino, por lo que atribuyó la causa de la diabetes al riñón, que extraería demasiada sal del cuerpo. Y el médico y fisiólogo inglés Tomas Willis fue el primero que en occidente probó la orina de un diabético, notándola “dulce como la miel”, por lo que se

establece por primera vez la relación entre el azúcar y la diabetes. En 1769 el médico escocés William Cullen introduce el término *mellitus* para diferenciar la enfermedad de diabetes de otras como la diabetes insípida. El médico escocés John Rollo desarrolló una prueba para demostrar la presencia de azúcar en sangre y propuso una dieta con base científica para los enfermos diabéticos. El médico inglés Matthew Dobson fue el primer científico que demostró la presencia de azúcar en la sangre y orina. El fisiólogo francés Claude Bernard demostró el papel fundamental del hígado en la fisiopatología de la diabetes, estableciendo que el azúcar se podría formar en el hígado y secretarse a la circulación. Posteriormente, Paul Langerhans realizó un descubrimiento esencial, la existencia de unos islotes de células en el páncreas. Siendo los investigadores Minkowski y Von Mering quienes descubrieron por casualidad la causa de la diabetes, al extirpar el páncreas a perros y comprobar que desarrollaban los síntomas clásicos de la enfermedad. En 1922 se emplea la primera inyección insulina. Bernardo Houssay descubrió el papel determinante del lóbulo anterior de la hipófisis en el metabolismo del azúcar; en esta región se producía al menos una hormona con efecto antagónico al de la insulina. La hipófisis controla la oxidación excesiva de la glucosa, manteniendo el grado de esta durante los períodos de ayuno; este descubrimiento le supuso el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1947.

2.2.- Diabetes Tipo 1 (Dm1)

Una de las enfermedades crónicas que exige una importante y decisiva adherencia es la Diabetes Mellitus. Según el Plan Integral de Diabetes Mellitus de Andalucía-PIDMA (Consejería de Salud. Actualización 2016) (PIDMA, 2016), esta enfermedad es un proceso crónico con enorme impacto social y sanitario. A lo largo de su

evolución pueden aparecer diferentes complicaciones que afectan de forma importante a la calidad de vida del paciente. Éstas se pueden evitar o retrasar en gran medida con programas de atención y prevención.

Dentro de la entidad de diabetes existen diferentes tipos: Diabetes Tipo 1, Diabetes Tipo 2, Diabetes Insípida... Por la edad de inicio e impacto en la rutina diaria se ha elegido para este estudio la Diabetes Tipo 1 (Dm1).

La Dm1, también conocida como Dm insulino dependiente o juvenil, es la segunda enfermedad crónica y el trastorno endocrino-metabólico más frecuente en la infancia. Según el PIDMA en 2014, había 2504 niños de hasta 14 años diagnosticados de Dm1 en España, lo que supone una prevalencia de 1.85/1000. Aparecieron 313 nuevos casos, lo que situó la incidencia en el año 2014 en 23.63 casos / 100000 niños de hasta 14 años. La prevalencia e incidencia de Dm1 en la población adulta en España y Andalucía no se conoce; se asume que la Dm1 supone entre el 5-10% del total de diabetes conocida, por lo que en Andalucía deben existir entre 30 y 60 mil personas con Dm1.

La etiología de la enfermedad se basa en la incapacidad del páncreas para producir insulina, por una destrucción de las células β pancreáticas del islote de Langerhans, que produce una deficiencia absoluta de insulina. Este proceso es debido a predisposiciones genéticas o a factores ambientales. Según el PIDMA (PIDMA, 2016) actualmente la Dm1 se subdivide en dos tipos:

- 1) Dm1A o autoinmune: Se produce una destrucción selectiva de células β pancreáticas mediada por linfocitos T activados en sujetos con haplotipos HLA de predisposición. Cuando la masa de células productoras de insulina llega a unos valores críticos es cuando aparecen los síntomas indicativos de la enfermedad, por lo que antes los sujetos se muestran asintomáticos. En

concreto, en España el 43% de personas con diabetes no sabe que la padecen (www.EFEsalud.com).

- 2) Dm1 o idiopática: Se trata de casos en los que no se encuentran datos de autoinmunidad ni haplotipos HLA de predisposición contra determinadas moléculas del islote, como la insulina.

Entre 1997 y 1998 se llevó a cabo una revisión de los criterios diagnósticos y de la clasificación de la diabetes; obteniendo un documento consensuado por los comités de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Conget, 2002). Los criterios diagnósticos establecidos para la enfermedad serían:

- Presencia de los signos clásicos de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, fatiga, irritabilidad y visión borrosa) y una prueba sanguínea anormal. Esto sería una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/l (o 126 mg/dl) o bien ≥ 11.1 mmol/l (o 200 mg/dl) 2 horas después de haber bebido una solución con 75 gr. de glucosa.
- Si no aparecen las manifestaciones clínicas clásicas, el diagnóstico se puede efectuar cuando hay sendas pruebas sanguíneas anormales en dos días diferentes.
- Por otra parte, la prueba de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) se practica para conocer aproximadamente el control metabólico del azúcar sanguíneo en los 2 o 3 meses precedentes, a fin de orientar las decisiones de tratamiento.

Otra forma de especificar los diferentes criterios sería:

- Presentar los signos clásicos de hiperglucemia citados anteriormente más una determinación de glucemia al azar > 200 mg/dl, en cualquier momento del día.
- Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl. La ayuna debe ser de al menos 8 horas.
- Glucemia ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga de glucosa.
- $HbA_{1C} \geq 6.5$ %.

Los sujetos con un diagnóstico de Dm1 son insulino dependientes, requieren una administración externa de esta hormona para sobrevivir. Esta administración se realiza a través de inyecciones subcutáneas periódicas, que requerirán un aprendizaje para ser aplicadas por los pacientes; o por medio de una bomba de insulina. La bomba de insulina es un dispositivo de pequeño tamaño que administra insulina de forma continuada; consta de un infusor de insulina, que es una microcomputadora programada previamente para infundir insulina de forma continua durante todo el día; y un catéter de conexión, que es un fino tubo de plástico que conecta la bomba con tejido subcutáneo. El objetivo de ambos procedimientos es conseguir mantener un equilibrio entre la ingesta de alimentos y las dosis de insulina que se administra.

El seguimiento de los niveles de glucosa es la principal herramienta para controlar la enfermedad, por lo tanto, además del proceso mecánico de administración de insulina, se requiere un conocimiento y comprensión de los niveles de glucosa que deben existir en el cuerpo en determinados momentos del día y bajo determinadas situaciones fisiológicas; y así decidir el nivel de administración necesario de insulina. Por lo tanto, el paciente también debe aprender a medir los niveles de glucosa. Este proceso se realiza a través de glucómetros, que son pequeños aparatos computarizados que “leen” la glucosa en sangre, apareciendo el nivel en forma de

números en la pantalla. Se debe extraer una gota de sangre tras pincharse el dedo de la mano con una lanceta, que es una aguja especial. Se inserta una tira reactiva en el medidor del glucómetro y obtenida la gota de sangre se mantiene la punta de la tira reactiva en la gota, posteriormente los resultados aparecerán en el medidor. Estos resultados se deben anotar, para tener una idea de la manera como responde el organismo al plan de cuidados establecido para la Dm1, y poder implementar así los cambios necesarios.

Según la ADA (ADA, 2004), los valores de referencia de glucemia son:

- Glucemia pre-prandial (en ayunas): 70-130 mg/dl (5.0-7.2 mmol/l).
- Glucemia post-prandial (después de comer): < 180 mg/dl (<10,0 mmol/l).

El objetivo primordial es mantener los niveles de glucosa dentro de la normalidad, ya que los altibajos en estos niveles, a medio y a largo plazo, generan complicaciones por diferentes mecanismos fisiológicos. El que haya una elevada cantidad de azúcar en sangre provoca serias consecuencias en los órganos diana. La insulina acelera la transformación de azúcar desde la sangre y se entrega a los músculos, hígado y tejidos grasos, donde se usa como combustible o se almacena para requerimientos posteriores (<https://dtc.ucsf.edu/es/>). Pero mientras un exceso de glucosa en sangre produce daños en los tejidos, un déficit de esta provoca episodios de hipoglucemia que puede ocasionar lesiones graves a diferentes niveles: vista, riñones, pies... Esto da lugar a episodios de hiperglucemia o hipoglucemia, respectivamente.

Según la ADA (ADA, 2015), las hiperglucemias se producen porque no se dispone de la suficiente insulina o porque la cantidad de esta es escasa; así como cuando el organismo no puede usar la insulina adecuadamente. La cetoacidosis, o coma diabético, es la peor consecuencia de estos episodios; cuando el organismo no puede usar la glucosa como combustible, se descomponen las grasas (lípidos) para

usarlos como fuente de energía, lo que generan productos residuales que son las cetonas. Cuando éstas se acumulan, generan dificultades para respirar, mal aliento, náuseas y vómitos, boca muy seca...(www.diabetes.org).

Por su parte, la hipoglucemia es un episodio con niveles anormalmente bajos de glucosa (<70 mg/dl). Los síntomas de estos episodios ocurren de forma rápida y suelen ser inestabilidad y nerviosismo, sudoración, irritabilidad, confusión, mareos, hormigueos, convulsiones... No obstante, cada persona va a reaccionar de forma diferente a dicho episodio, por lo que es importante conocer los síntomas propios para afrontar la situación lo más temprano posible. Es importante que la hipoglucemia sea tratada de inmediato ya que cuando es un episodio severo puede causar lesiones, coma y muerte.

2.2.1.-Pautas de autocuidado: Adherencia (dieta, ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco.)

Como se ha indicado anteriormente, las principales pautas de automanejo que deben seguir las personas con Dm1 son la monitorización de los niveles de glucosa y la administración de insulina (www.dtc.ucsf.edu).

Es necesario controlar los niveles de glucosa con regularidad a lo largo del día; este control se lleva a cabo a través de punción en el dedo o a través de dispositivos de monitorización continua (CGM). Los medidores de glucosa empleados en el método de punción analizan los niveles de azúcar en sangre con una gota obtenida de la yema del dedo. Esta gota de sangre se coloca en una tira reactiva, que se inserta dentro del medidor, donde es analizada. Por otra parte, el método de monitorización de glucosa continua se lleva a cabo a través de un dispositivo que mide la glucosa en

los fluidos corporales entre células (fluido intersticial). La mayoría de los sensores se pegan con cinta a la piel y una sonda la atraviesa hacia el tejido adiposo, donde analiza los niveles de azúcar en el fluido entre las células; los resultados se transmiten hacia un receptor donde la persona puede leerlos.

Por otra parte, la administración de la insulina, como se ha dicho, se puede llevar a cabo a través de dos vías: Por inyección o por infusión. La inyección es el método más común, por el cual se inyecta la insulina dentro de la capa de grasa (tejido subcutáneo) justo debajo de la piel. Para ello, se usa una lapicera de insulina que tiene una reserva reemplazable de insulina (cartucho), una aguja reemplazable para perforar la piel, un dial para elegir la dosis de insulina y un mecanismo de liberación de insulina o bombeo mecánico. Por su parte, los dispositivos de infusión continua subcutáneo de insulina (CSII), son dispositivos pequeños, computarizados, que se programa para entregar insulina debajo de la piel. Este dispositivo dura años, pero el suministro de insulina y determinados componentes del dispositivo se cambian cada pocos días.

Unido a medidas del nivel de glucosa y administración de insulina, el paciente debe seguir unas pautas de conducta de auto manejo, que seguidas de modo adecuado, influyen de forma positiva en el mantenimiento de correctos niveles bioquímicos. Las principales pautas son seguir una dieta adecuada, realizar ejercicio físico de forma frecuente y controlar los hábitos tóxicos como fumar y beber.

Con una dieta adecuada se consigue controlar el nivel de azúcar en sangre, el peso y la salud cardíaca. Principalmente, los pacientes deben aprender a hacer coincidir la ingesta de carbohidratos con la dosis de insulina que se administre (www.dtc.ucsf.edu/es/); y evitar alimentos que puedan elevar la glucosa de forma significativa.

Con respecto a la realización de ejercicio físico de forma frecuente, éste baja el nivel de glucosa en sangre, mejora la sensibilidad a la insulina, reduce la grasa corporal, mejora la circulación y baja el riesgo de enfermedad cardíaca y reduce el estrés (www.dtc.ucsf.edu/es/). Estos efectos suponen beneficios muy importantes a nivel fisiológico, e incluso emocional, en los pacientes con Dm.

La influencia del alcohol en los niveles de glucemia se basa en que puede dar lugar a serias reacciones de bajos niveles de azúcar en sangre ([www:dtc.ucsf.edu/es/](http://www.dtc.ucsf.edu/es/)). Normalmente el hígado libera glucosa para mantener niveles de azúcar en sangre; pero cuando se bebe, el hígado está descomponiendo el alcohol, por lo que, cuanto mayor es la cantidad de alcohol consumida, mayor es el riesgo de que aparezca una bajada de azúcar en sangre, porque el hígado está realizando otras funciones. El consumo de alcohol también afecta a otros daños de la Dm como al daño nervioso, a la enfermedad ocular diabética y a los elevados triglicéridos en sangre.

Con respecto al tabaco, personas con Dm son más susceptibles a los efectos adversos de la nicotina ingerida. La Dm1 se asocia a una exposición a largo plazo al estrés oxidante, que supone la alteración de funcionamiento de las células que recubren los vasos sanguíneos, el endotelio, y aumenta el nivel de lípidos en sangre. Hay estudios que muestran asociaciones negativas entre el humo del tabaco y la sensibilidad a la insulina. En concreto, la nicotina aumenta las catecolaminas, el glucagón y la hormona de crecimiento, que alteran la acción de la insulina (Björn, 2005).

El fin último del planteamiento de todas las pautas de tratamiento comentadas es mantener los niveles de glucosa dentro de los niveles más normalizados posibles, sin altibajos importantes que generen consecuencias negativas. Dicho planteamiento debe

ser individualizado para cada persona con Dm1, debido a la amplia variedad de factores que pueden influir en estos niveles.

2.2.2.- Impacto emocional del diagnóstico de la enfermedad

Tras un primer momento de impacto y desorganización emocional ante el diagnóstico, se busca y asimila información sobre la enfermedad y la persona hace un planteamiento cognitivo-conductual para seguir adelante. Se ponen en marcha pautas como la auto observación y el reconocimiento de necesidades físicas y/o emocionales, que derivarían en la realización de ajustes necesarios para satisfacerlas (www.dtc.ucsf.edu/es/). Así en esta situación el paciente debe lidiar con varios retos psicológicos como aprender a manejar el estrés y las emociones disfuncionales que puedan aparecer, y modificar los hábitos de vida; todo ello sin dejar de mantenerse informados para conocer y aprender de los avances en la investigación en Dm1.

El fin último de todo este proceso será garantizar la correcta progresión de la enfermedad y así un buen pronóstico de esta. Según todos los factores comentados, en este proceso habría que tener en cuenta aspectos fisiológicos y otros aspectos psicológicos como rasgos de personalidad, factores de salud psicológica y características conductuales respecto a hábitos tóxicos de los pacientes.

2.2.3.- Respuesta de Estrés. Factores Fisiológicos que influyen en la Adherencia en la Dm1.

Tomando como referencia el concepto de salud actual (Gavidia y Talavera, 2012), el completo estado de bienestar físico, mental y social, existe evidencia de cómo lo mental, en concreto procesos cognitivos y funciones mentales superiores, y lo social, como la influencia del contexto y de las personas que lo integran, afectan al estado de

salud. Así además del proceso fisiopatológico específico de la enfermedad, en este caso de la Dm1, otros procedimientos fisiológicos, asociados a procesos psicoemocionales, pueden influir en la conducta de salud y en los valores bioquímicos de la enfermedad.

El proceso fisiológico derivado de procesos psicoemocionales, que podría afectar el proceso de afrontamiento y de aceptación – adaptación a la enfermedad, así como a algunos niveles biológicos de referencia de esta, es la respuesta de estrés.

La respuesta de estrés implica cambios fisiológicos desencadenados por la exposición a un daño o a una amenaza, por lo que se puede ocasionar por estímulos considerados estresantes por la persona, ya sean psicológicos o físicos. *Estrés* es un término psicológico tomado de la física (Vila Castelar, 1996), haciendo referencia en este campo a la fuerza o tensión externa a la que se ve sometida una sustancia y que pasado un determinado nivel puede llegar a romperla. Los primeros trabajos de los mecanismos de estrés, en el ámbito de la psicología, datan de 1929, con los trabajos de Walter Canon. Para este autor, la respuesta de estrés se basaba en una reacción de lucha o huida (Vila Castelar, 1996). Hacía referencia al componente fisiológico de la misma, que es una respuesta del Sistema Nervioso Autónomo Simpático, que desemboca en una conducta o adaptación estimada frente a la situación amenazante. La conducta de respuesta puede ser de dos tipos: a través de la lucha, que conllevaría un afrontamiento activo; o de huida, que supondría un afrontamiento pasivo al estímulo.

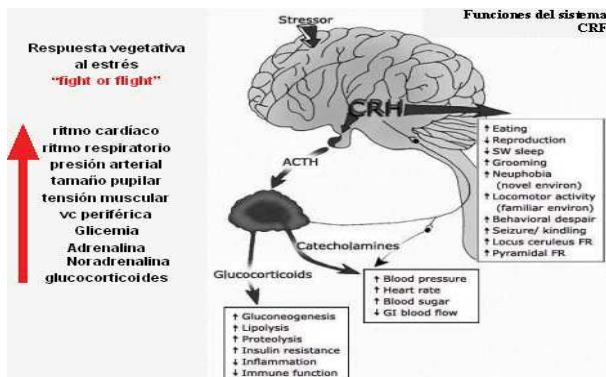


Fig7: Esquema de la reacción de lucha o huida. Obtenida de <https://www.datuopinion.com/reaccion-de-lucha-o-huida>

Posteriormente en los años 50, Selye describió la respuesta de estrés como un síndrome general de adaptación, destacando los componentes neuroendocrinos. Este síndrome tiene 3 etapas secuenciales (Vila Castelar, 1996): reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento. Por lo tanto, desde esta perspectiva la intensidad de la respuesta va a depender tanto del estímulo evocador como de la capacidad de afrontamiento del individuo. Este autor establece una doble naturaleza de la respuesta, que conlleva la existencia de mecanismos fisiológicos diferentes, a medio y a largo plazo, tras la exposición a un estímulo. A corto plazo se producen los cambios fisiológicos adaptativos para responder de forma rápida al estímulo. Se produce la activación del sistema hipofisiario anterior-cortico-adrenal. Se estimula la liberación de la hormona corticotropina (ACTH) desde la hipófisis anterior que estimula la liberación de glucocorticoides por la corteza adrenal, que son los responsables de los mecanismos de la respuesta de estrés. Por su parte, a largo plazo, la respuesta de estrés prolongada produce cambios desadaptativos, activando el Sistema Nervioso Autónomo, en concreto la rama del Sistema Nervioso Autónomo Simpático, que produce un aumento en la liberación de adrenalina y noradrenalina en la médula adrenal.

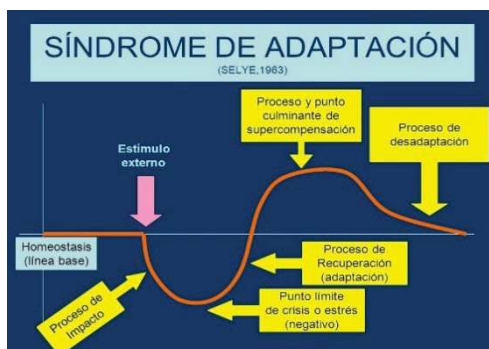


Fig.8: Esquema del Síndrome General de Adaptación (Selye, 1963). Obtenido de <http://365salud.blogspot.com/2016/10/sag-sindrome-de-adaptacion-general.html>

Estas posturas han dado lugar a 3 modelos conceptuales para explicar el estrés.

- a) El estrés como respuesta: que establece que las condiciones del ambiente son las que generan la reacción de estrés y el estado de desequilibrio biológico interno.
- b) El estrés como estímulo: se basa en la idea de que el estrés es una característica del ambiente, y por lo tanto, externa al sujeto. Es la determinada característica ambiental la que provoca el desequilibrio biológico; así se trata de una reacción ante el estrés y no “con estrés” (Vila Castelar, 1996). Desde esta perspectiva, los estresores son acontecimientos vitales, que según sus características intrínsecas pueden ser físicos, psicológicos y sociales.
- c) Finalmente, el modelo transaccional del estrés plantea la interacción entre la situación y el organismo. En la interacción median los procesos cognitivos, los cuales determinan la evaluación psicológica que se realice de la situación y la respuesta dada a la misma. Por lo tanto, el sujeto también puede generar estrés según la forma individual de interpretar los sucesos ambientales y la estimación que se haga de los recursos que se tienen disponibles para hacer frente a la situación. Es una interacción dinámica y bidireccional.

Actualmente, el estrés se entiende como una respuesta psicológica motivacional, estrechamente relacionada con los procesos cognitivos y emocionales del sujeto; donde existen diferencias en la reactividad psicofisiológica de los individuos y diferencias entre sexos (Vila Castelar, 1996). Aunque el patrón de respuesta de cada persona tiende a mantenerse constante en el tiempo y en las diferentes situaciones.

Así, la forma en que un organismo responde al estrés de una situación novedosa o potencialmente amenazante muestra variaciones biológicamente determinadas entre los miembros de diferentes especies. A este respecto, la información biológica tiene un rol importante, ya que además de tener efectos profundos en la personalidad y conducta social, el enfoque biológico de la personalidad establece que la herencia es determinante, en consonancia hay investigaciones que estiman que hasta un 55 % de variables de personalidad es atribuible a la variación genética (Cloninger, 2003).

En concreto, la importancia de esta respuesta biológica en la Dm1 se basa en que los mecanismos fisiológicos que implica el estrés influyen en los valores de glucosa y HbA1c. La activación del sistema nervioso autónomo simpático y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal generan hiperglucemia para preparar al organismo a enfrentar la “situación amenazante” (Anderson et al., 2002). Las hormonas de la respuesta de estrés provocan que un nivel más elevado de glucosa y de ácidos grasos circulen en el torrente sanguíneo. Además, ante una situación estresante se bloquea la secreción de insulina y la glucosa actúa sobre las células adiposas para hacerlas menos sensibles a la misma. Por lo tanto, se puede decir que el estrés favorece la resistencia a la insulina, garantizando unos niveles de glucosa adecuados para responder al “peligro”, pero este “peligro” es una valoración o percepción negativa de la persona de la situación de enfermedad.

Así, en el contexto de la Dm1, el padecer la enfermedad es el *estímulo estresante*, una situación indeterminada que demanda elevados recursos, cognitivos y conductuales, del paciente. El primer estímulo estresante es la medida de los niveles de glucosa, que pueden provocar emociones negativas como disgusto, confusión, frustración, depresión... y conllevar juicios de sí mismo, que afectarían de forma negativa al manejo de la diabetes. El segundo estímulo estresante es la administración de la insulina. Una persona diabética con determinados niveles de estrés, cuando percibe que la insulina administrada no genera el efecto esperado (reducir los niveles de glucosa), puede aumentar la dosis, lo que fisiológicamente provoca un mayor bloqueo de la acción de la insulina, y por lo tanto el efecto esperado sigue sin darse (Sapolsky, 2004). Además, psicológicamente se genera un estado de frustración e incompreensión porque las pautas conductuales (dieta, ejercicio físico, controles adecuados...) se llevan a cabo de forma correcta, pero no dan los resultados esperados. Por lo tanto, en esta espiral fisiológica negativa también tiene un papel determinante las emociones; de hecho, existen estudios que indican que reacciones emocionales fuertes conllevan niveles más elevados de glucosa en sangre.

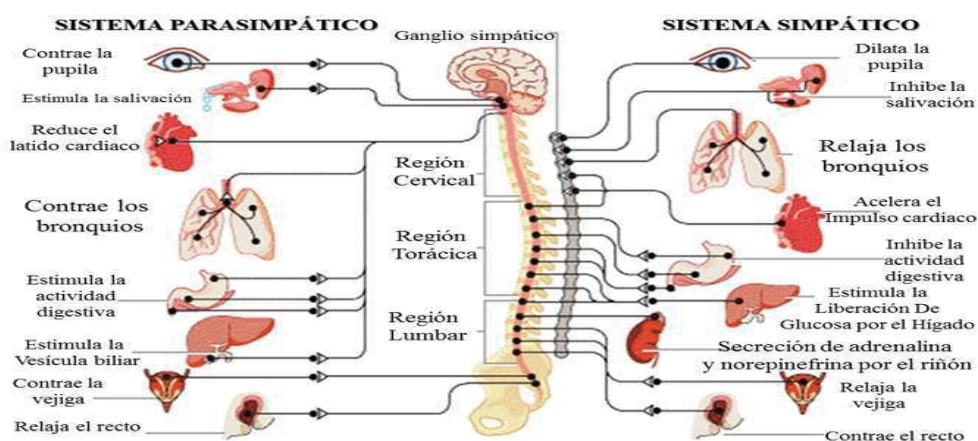


Fig.9: Esquema del sistema nervioso autónomo. Obtenido de <https://www.portaleducativo.net/terceromedio/9/sistema-nervioso-organizacion-funcion>.

2.2.4.- Aspectos Psicológicos que influyen en el Autocuidado de la DM1.

2.2.4.1.- Los rasgos de Personalidad. El modelo de los 5 factores.

En torno a la personalidad han existido diferentes orientaciones teóricas, siendo así diversas sus definiciones, sus perspectivas y sus formulaciones. En la actualidad, tiende a consolidarse una perspectiva más genérica, desde el punto de vista descriptivo, y no explicativo, de la conducta; así se están vinculando los estudios descriptivos con cuestiones de la personalidad. En este sentido destaca especialmente el modelo de los 5 grandes factores de personalidad (Costa y McCrae, 2002), que recoge la aportación descriptiva de Eysenck y otros autores principales del ámbito de la personalidad.

Los 5 Grandes es un modelo con buena capacidad descriptiva y de diferenciación de individuos. Es un modelo que surge del análisis de diferentes pruebas de personalidad, apoyándose en que representan dimensiones sólidas de diferentes individuos (McCrae y Costa, 1987) (Costa y McCrae, 2002). La técnica usada es el método de análisis factorial, lo que asegura que el cuestionario no incluye factores extraños. El objetivo principal del mismo es describir la personalidad, no las causas subyacentes a la misma; por lo que los 5 factores básicos fueron desarrollados del análisis factorial de palabras que la gente usaba en el lenguaje cotidiano para describir cómo eran las personas. No hace una predicción perfecta de la conducta en diferentes situaciones, pero el modelo supone un cimiento descriptivo sensible.

El cuestionario relativo a los 5 Grandes, el NEO-PI, fue creado por Costa, P. (1942) y por McCrae, R. (1949), e integra las características de Neuroticismo, Extroversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. El *Neuroticismo* implica características como tendencia a la preocupación y ansiedad, elevada emocionalidad y vulnerabilidad... La *Extroversión* indica que la persona es jovial, activa, sociable,

dominante... La *Apertura a la Experiencia* hace referencia a características de imaginación y creatividad. La *Amabilidad* es característica de personas bondadosas, buenas y confiadas. Por último, la *Responsabilidad* indica ambición, responsabilidad, consciencia...

Por lo tanto, la personalidad son características diferentes para cada persona y que implica diferencias a la hora de afrontar situaciones. Así, ante el afrontamiento de una enfermedad, los rasgos de personalidad podrían determinar el modo de enfrentar y adaptarse al tratamiento y manejo de esta, con influencia en el pronóstico y evolución de la condición médica.

LOS CINCO FACTORES	
FACTOR	DESCRIPCIÓN
Neuroticismo <i>(Neuroticism)</i>	Ansiedad / Hostilidad / Depresión / Timidez / Impulsividad / Vulnerabilidad
Extroversión <i>(Extraversion)</i>	Afecto / Asertividad / Gregarismo / Actividad / Búsqueda de Emociones / Emociones Positivas
Apertura <i>(Openness)</i>	Fantasía / Estética / Sentimientos / Acciones / ideas / Valores
Afabilidad <i>(Agreeableness)</i>	Franqueza / Altruismo / Modestia / Confianza / Actitud conciliadora / Sensibilidad a los demás
Escrupulosidad <i>(Conscientiousness)</i>	Competencia / Orden / Necesidad de Logro / Sentido del Deber / Deliberación / Autodisciplina

Fig.10: Esquema de rasgos que implican los 5 factores. Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/modelo-de-cinco-factores-cattell-y-eysenck-1963.html>

Personalidad (Modelo de los 5 factores) y Dm1.

Los rasgos de personalidad, entendidos como aspectos relativamente estables en las personas, pueden tener un papel destacable en el ámbito de la salud. Este papel ha sido evidenciado en estudios que relacionan la personalidad con conductas relacionadas con la salud y la enfermedad (Cooper, 2014). En el caso concreto de la Dm1, la personalidad tiene un importante rol en el control glucémico (Waller et al., 2013). Influye en la percepción que se tenga de la enfermedad, va a afectar al

afrontamiento de la misma, y finalmente a la adaptación a la situación de diabetes (Rassart et al., 2014).

Los 5 Factores se relacionan de forma diferente con distintos aspectos de la enfermedad. Algunos se relacionan con indicadores de adaptación y por lo tanto con una mayor calidad de vida y percepción de salud física y psicológica (Rassart et al., 2014). Diferentes estudios relacionan, en distintas direcciones, los niveles de rasgos de personalidad con aspectos de la Dm1. En concreto:

El Neuroticismo es un rasgo que conlleva consecuencias negativas para el manejo de la Dm1. Incluso, se ha establecido que puede ser causa del debut de la Dm1 (Ćukić y Weiss, 2016), ya que, en comparación con los controles, los pacientes muestran una mayor puntuación en este rasgo. Una puntuación alta en Neuroticismo se relaciona con una pobre adaptación, efecto mediado por un afrontamiento de evitación, resignación y menos integración del tratamiento (Rassart et al., 2014). Así, este rasgo hace que se evalúen los eventos vitales como más estresantes y por lo tanto las estrategias de afrontamiento serán maladaptativas (Ćukić y Weiss, 2016). Los problemas que implica el Neuroticismo en el autocuidado supone un mayor número de consecuencias derivadas de la enfermedad y que se tenga una visión más pesimista y negativa de la vida (Rassart et al., 2014). Por el contrario, una puntuación baja en Neuroticismo es un protector de salud al relacionarse con un menor estrés percibido (Cooper, 2014).

La Extroversión como rasgo que implica sociabilidad y preferencia por los grupos, y optimismo, se relaciona un mayor soporte social (Cooper, 2014) y más control personal (Rassart et al., 2014). Con Dm1, los sujetos muestran menos niveles de Extraversión que sin Dm1 (Ćukić y Weiss, 2016).

Puntuaciones elevadas en Apertura a la Experiencia (O), que implican un correcto y enriquecedor afrontamiento de la experiencia, se relaciona con estrategias adaptativas para la enfermedad (Ćukić y Weiss, 2016). Mientras que baja Apertura a la Experiencia puede contribuir al debut de la enfermedad por reacciones crónicas maladaptativas al estrés (Ćukić y Weiss, 2016). La Apertura a la Experiencia es un factor relacionado de forma positiva con el autocuidado, tiene influencias positivas en el control glucémico (Waller et al., 2013). Por lo que existe menos problemas relacionados con la Dm1 al favorecer una mayor integración y adaptación (Rassart et al., 2014). Favorece una actitud positiva posterior al diagnóstico para enfrentar la enfermedad (Rassart¹ et al., 2014) y se esconde menos la condición de diabético, lo que favorecería tener ayuda en caso de ser necesario. Es un rasgo relacionado con la salud física (Rassart¹ et al., 2014).

Por último, la Responsabilidad (C) es un rasgo de personas voluntariosas, decididas y con autocontrol, por lo que muestran un mayor control personal (Rassart et al., 2014). Este rasgo se relaciona negativamente con riesgos relacionados con la salud y positivamente con conductas beneficiosas para la misma (Bogg y Roberts, 2004). Una puntuación elevada en Responsabilidad se relaciona con influencias positivas en el control glucémico (Waller et al., 2013) y con conductas de bienestar, de mantenimiento de salud y de adherencia (Costa y McCrae, 2002). Así, con altas puntuaciones en Responsabilidad se presentan menos conductas negativas para la salud como el consumo de tabaco o alcohol, o dieta inadecuada (Cooper, 2014). Por otra parte, valores bajos en este rasgo se relaciona con más consecuencias de la enfermedad, por una pobre adaptación, despreocupación o irresponsabilidad, que favorece un afrontamiento pasivo o de evitación (Rassart et al., 2014).

Con respecto al rasgo Amabilidad no hay resultados significativos que, de forma independiente, lo relacionen con la Dm1 y su automanejo.

La Dm1 puede suponer algunos cambios en los niveles de los diferentes rasgos de personalidad, derivados de ser una enfermedad crónica y potencialmente amenazante para la vida (Ćukić y Weiss, 2016). Esto a su vez influirá en la presencia de problemas de salud psicológica y en el seguimiento de hábitos adecuados.

2.2.4.2.-Los prototipos de Personalidad. Prototipos de Asendorpf

En la literatura hay ejemplos de perspectivas que siguen una metodología de prototipos de personalidad; algunos de los más relevantes, sin ser exhaustivos, pueden ser el planteamiento de Horowitz o el de Millón. Usando la metodología de prototipos de Horowitz, se obtuvieron 5 prototipos relacionados con características de dependencia y autonomía. Estos prototipos fueron: características obsesivo-compulsivas, separación defensiva, falta de sensibilidad interpersonal, dependencia excesiva y características límite (Pilkonis, 1988). Por su parte, Theodore Millón plantea una propuesta integradora que se plasma en la propuesta de una serie de estilos o prototipos de personalidad, que incorpora constructos desarrollados por la teoría de la evolución (Cardenal et al., 2007). Los 4 pilares de su trabajo fue la teoría, la clasificación, la evaluación y la intervención; estableciendo que la personalidad es lo que debe conocerse como paso previo necesario antes del conocimiento de la patología (Sánchez, 2003). Las 3 polaridades básicas son placer-dolor, activo-pasivo y yo-otros (Cardenal et al., 2007). Los prototipos originales fueron esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, compulsivo, negativista, narcisista y antisocial (Sánchez, 2003).

Por su parte, Asendorpf y Van Aken mostraron que los patrones de personalidad se podrían distribuir de forma diferente a como tradicionalmente habían hecho otras orientaciones teóricas (Asendorpf et al., 2001). Esta perspectiva goza de cuatro ventajas: Supone una base empírica más adecuada para distribuir los diferentes tipos de personalidad, que los tradicionales modelos de rasgos dimensionales. Rasgos particulares tienden a concurrir; cada persona presenta una organización y descripción de su personalidad. La detección de uniones de rasgos proporciona una perspectiva sobre las causas genéticas y medioambientales de la estructura de la personalidad; aspecto que no se explica por la correlación entre rasgos y variables exploratorias. Y los tipos de personalidad ofrecen una clasificación no arbitraria para la estructura de la personalidad. Los 3 prototipos identificados muestran independencia respecto a la edad, siguen en la edad adulta. Así mismo, estos prototipos mostraron una elevada similitud en los estudios; por lo que serían replicables. Estos tres prototipos son; Resilientes, Sobrecontrolados y Subcontrolados; presentando cada uno de ellos características diferentes.

Los Resilientes se caracterizan por un bajo nivel de Neuroticismo y una elevada Responsabilidad. Son personas estables emocionalmente, bien adaptadas socialmente y bien ajustados cognitivamente. Es el prototipo más común, alrededor de la mitad de la población se incluye en este prototipo.

Los Sobrecontrolados se caracterizan por un elevado nivel de Neuroticismo y una baja Extroversión. Son personas con una baja estabilidad emocional, con tendencia al mal ajuste. Son inhibidos, tímidos y con una baja autoestima global y social. Son menos sociables, manteniendo pocas relaciones y contactos, percibiendo escaso apoyo de los demás. Suponen aproximadamente un 25% de la población.

Por último, los Subcontrolados se caracterizan por bajos niveles de Responsabilidad y bajos niveles de Amabilidad. Son personas que tienden al mal ajuste, pero en aspectos conductuales. En concreto, presentan menos popularidad entre iguales, con elevados niveles de conflictos interpersonales y conductas antisociales. Suponen aproximadamente otro 25% de la población.

La influencia de los prototipos de Asendorpf se han estudiado en diferentes problemas de salud física y psicológica. En concreto, se ha valorado el impacto que tienen en la percepción subjetiva de salud (Solía Cámara et al., 2017) y en los resultados de salud cardiovascular (Chapman et al., 2011). Los prototipos han sido considerados como indicadores de adaptación y ajuste psicosocial en adolescentes (Scholte et al., 2005) y también se han usado como predictores de problemas de comportamiento en niños y adolescentes (Van Leeuwen et al., 2004). Así mismo, se han relacionado con un incremento en el riesgo de trastornos de conducta alimentaria (Sánchez-Guarnido et al., 2015) y se han empleado para estimar la admisión de pacientes con daño en médula espinal a programas de rehabilitación (Berry et al, 2007).

2.2.4.2.- Factores de Salud Psicológica que influyen en el autocuidado de la Dm1.

Los factores de salud psicológica también influyen en el estado de salud, tienen un papel en el manejo de problemas médicos. Trastornos emocionales como la depresión y ansiedad pueden afectar a las conductas de salud y de enfermedad. Y estos trastornos pueden existir en la persona antes del diagnóstico de una patología fisiológica o podrían derivarse del diagnóstico de una condición médica.

En el contexto de la salud psicológica, la Dm1 es una enfermedad metabólica crónica que vista desde los modelos biopsicosociales, aunque la causa sea biológica, son importantes los factores psicológicos. Estos factores van a condicionar la interacción con los diferentes contextos del paciente, y van a determinar cursos más positivos para la salud y la calidad de vida.

En el momento del diagnóstico, diferentes aspectos vitales se verán alterados. Supone la pérdida de “estímulos deseados” y es imprescindible aceptar “estímulos no deseados”. En el momento de “crisis” pueden aparecer una variedad de emociones disfóricas como la confusión, la desorientación, pánico e ira, ansiedad, tristeza, desesperanza y sentimientos de incapacidad (Balcázar Nava et al., 2012). La forma en que se interprete la situación y el afrontamiento cognitivo-emocional de la misma va a determinar el éxito en la adaptación a la nueva situación, donde será necesario tomar decisiones que limitarán la satisfacción de necesidades y deseos, pero que serán positivas para el estado de la enfermedad.

2.2.4.2.1.- Dm1 y trastornos depresivos.

Las teorías clásicas de la depresión hablan de la "pérdida" como la principal causa del trastorno depresivo (Belloch et al., 2009). Por lo tanto, en este caso, esa *pérdida* haría referencia a una pérdida de espontaneidad conductual en aspectos tan “normales como libertad para comer “lo que se quiera”, para tomar unas copas, para realizar actividades lúdico-deportivas sin tener que seguir unas pautas de control de glucosa y tener en cuenta el nivel adecuado de insulina a administrar. La coexistencia de depresión va a provocar una reducción conductual generalizada en la frecuencia de conductas determinadas, porque éstas no son reforzadas o porque pierden efectividad los reforzadores (Belloch et al., 2009), por ejemplo: salir con los amigos puede verse

condicionado por el control de la Dm1 y por los hábitos a seguir; así, el consumo de alcohol y tabaco a pesar de ser conductas negativas para la salud en general, están muy interiorizadas y normalizadas en la cultura joven y pueden influir en la percepción de *verse diferente*.

Por lo tanto, a nivel motivacional los pacientes van a experimentar un conflicto entre las alternativas conductuales, acompañado de una percepción de baja predicción y bajo control. Según Rehm (Belloch et al., 2009), la manifestación de un déficit de autocontrol, tanto de autoobservación como de autoevaluación puede estar detrás de problemas depresivos. Se ven alterados los mecanismos de afrontamiento y ven limitada la capacidad para buscar apoyo social o expresar emociones, lo que puede ocasionar un aislamiento y deterioro de las relaciones interpersonales y una reducida involucración en las actividades sociales. Así, los procesos cognitivo-emocionales que acompañan a la Dm pueden dar lugar a, lo llamado por Beck, la *triada cognitiva*, que implica una visión negativa de sí, como sujeto que tiene una enfermedad crónica; del mundo, que implica desconfianza o desesperanza de la ayuda que le pueda brindar sus contextos; y del futuro, como expectativas negativas de vida condicionada por la presencia de una alteración fisiológica permanente. Esta postura da lugar a actitudes disfuncionales para interpretar la realidad. Así, las personas que hagan atribuciones globales, estables e internas para sucesos negativos como es el inicio de una enfermedad, podrán generar desesperanza y en último término un trastorno depresivo, que influye en relaciones interpersonales, en relaciones con el entorno y en la búsqueda de gratificación.

La depresión en el contexto de la Dm1 es una respuesta al estrés psicosocial, por las demandas de la misma (Gendelman et al., 2009). Así la Dm1 es un factor de riesgo para la depresión (Van Tilburg et al., 2001), existe una elevada prevalencia de

problemas depresivos en pacientes diabéticos (Gendelman et al., 2009); apareciendo depresión comórbida en el 12% de adultos con Dm1 (Buchberger et al., 2016). El proceso depresivo tiene un impacto global en el paciente y se relaciona con un pobre control glucémico y complicaciones de la enfermedad (Gendelman et al., 2009).

Fisiológicamente, los síntomas psicopatológicos de la depresión producen resistencia a la insulina, cambios en estructuras cerebrales, como el hipocampo, y procesos inflamatorios (Gendelman et al., 2009). También, el humor depresivo se relaciona con los niveles de HbA1c por la asociación con un pobre control glucémico (Van Tilburg et al., 2001). Y conductualmente, la depresión tiene un impacto negativo en la adherencia (Skovic et al., 2010), comprometiendo el funcionamiento diario y ocasionando un detrimento en el autocuidado (Gendelman et al., 2009), por lo que puede ocasionar hiperglucemias, complicaciones y mayores limitaciones funcionales (Engum et al., 2005).

Por lo tanto, la depresión en personas con Dm supone un empeoramiento en la calidad de vida (Van Bastelaar et al., 2010) e influye de forma adversa en el curso de la enfermedad (Coclami y Cross, 2011). A pesar de la relación con resultados diversos de salud (Van Tilburg et al., 2001), la depresión es un factor de riesgo modificable (Gendelman et al. 2009). El tratamiento de ésta ayuda a mejorar los resultados de la enfermedad. En concreto, la terapia cognitivo-conductual orientada a la Dm1 es eficaz para reducir los niveles de HbA1c (Van Bastelaar et al., 2010), y así puede mejorar la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

2.2.4.2.2.- Dm1 y Trastornos de Ansiedad

A nivel cognitivo, el diagnóstico de una enfermedad como la diabetes va acompañado de sentimientos de preocupación, falta de comprensión de lo que está

ocurriendo, percepción de amenaza, pensamientos catastrofista y asimilación del concepto de “dependencia” de la insulina (Balcázar Nava et al., 2012). La ansiedad es un estado emocional basado en reacciones de aprensión anticipatoria, de amenaza o peligro, acompañado de la activación del sistema nervioso autónomo. En concreto, en este contexto, el estímulo amenazante será el padecer Dm1, que puede desencadenar todo el mecanismo psicofisiológico de la ansiedad. Y la sensación de miedo y amenaza mantenida puede desencadenar problemas de ansiedad, problemas que presentan componentes sistematizados mediante *el triple sistema de respuesta*. El componente *subjetivo-cognitivo* sería los pensamientos desencadenados por el estímulo amenazante, el diagnóstico. El componente *fisiológico somático* sería los mecanismos biológicos propios de la respuesta de estrés, respuesta metabólica que va acompañada de una liberación de glucosa y un incremento de ácidos grasos libres. Y el componente *motor-conductual* sería las conductas de retirada o de evitación que pueden derivar de la activación psicoemocional, o el mantenimiento de conductas no saludables como medio de afrontamiento de la situación.

La etapa de crisis emocional que puede acompañar la noticia de padecer diabetes conlleva una desorganización y cambios del sistema psicológico, situación percibida como negativa y/o amenazante, pero que a su vez demanda la adaptación más funcional posible para favorecer el pronóstico.

El mecanismo fisiológico de la ansiedad activa al sistema nervioso simpático, en concreto al eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, por lo que un problema de ansiedad no tratado impide la normo-glucemia (Anderson et al., 2002/2003), ya que se asocia con un elevado nivel de A1c y con pobre automanejo y afrontamiento (Munkácsi et al., 2019). Hay estudios donde se indica una elevada prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con Dm, entre el 40% (Anderson et al., 2002/2003) y el 80 %

(C. de Ornelas et al., 2012) de los pacientes. La ansiedad es una barrera para la autonomía de la persona (Dovey-Pearce et al., 2007) por lo que interfiere en la adherencia (Anderson et al., 2002/2003) al autocuidado.

2.2.4.3.- Factores conductuales que influyen en el Autocuidado

Por último, respecto al ámbito conductual, las diferentes medidas comportamentales de autocuidado son muy necesarias. Estas pautas comportamentales, indicadas por el personal sanitario principalmente, son indispensables para mantener un adecuado funcionamiento fisiológico, evitar consecuencias negativas y garantizar un buen pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. Muy importante es desarrollar un correcto programa de dieta y ejercicio físico, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

En la dieta, es necesario tener muy en cuenta aspectos cuanti-cualitativos a la hora de establecer unas correctas pautas de ingesta. Los principales principios dietéticos a seguir serían (Polaino-Lorente, 1996; Gil Roales-Nieto et al., 2003):

- La coherencia entre la dieta y la actividad del día a día del paciente, para ajustar la ingesta de calorías, carbohidratos, proteínas y grasas; no siendo necesario que se disminuyan las calorías ingeridas.
- Tener presente el ejercicio físico realizado para ajustar la ingesta, ya que la realización de actividad supone un gasto “extra”.
- Hay que aprender y manejar aquellos alimentos útiles para frenar o prevenir las hipoglucemias. Habrá que aumentar la frecuencia de tomas con el objetivo de mantener un equilibrio en el estado nutricional.

- Se deben adquirir los conocimientos necesarios para valorar los síntomas y situaciones de forma lógica, generando una perspectiva de autocontrol y de capacidad para tomar las decisiones adecuadas, basadas en una información y conocimiento adecuado de la enfermedad.
- Se debe realizar ejercicio físico de forma sistematizada. Es necesario adquirir este hábito para favorecer unos niveles adecuados de glucosa.
- Controlar los niveles de glucosa que se ingieren y que sean acordes con los niveles de insulina suministrada. Se deben adquirir las habilidades necesarias para conocer el significado de las diferentes concentraciones de glucosa y las dosis correctas de insulina ante los distintos valores de glucosa.

Además de seguir los hábitos planteados, la persona que padece Dm1 debe acudir regularmente a revisiones periódicas con profesionales sanitarios (médico de atención primaria, enfermera y endocrino principalmente) para valorar el estado de salud, valorar la evolución de la enfermedad y reajustar el tratamiento o pautas de autocuidado en caso de ser necesario, para favorecer la consecución de objetivos planteados.

2.2.5.- Intervención Psicológica en Dm1

La psicología puede tener un importante papel en el manejo, desarrollo y pronóstico de enfermedades crónicas como la Dm1. Al ser ésta una enfermedad que afecta a diferentes contextos de vida, la intervención debe ser multidisciplinar y orientarse a mejorar la calidad de vida (Balcázar Nava et al, 2012) del paciente para limitar las sensaciones de interferencias o interrupciones en su “vida normal”. Por lo tanto, las razones que sustentan la necesidad de esta intervención son que la

enfermedad afecta de forma integral a la organización de la vida de la persona y que el tratamiento que requiere es continuo y complejo, con riesgo de entrar en procesos de rutina y saciación. Las consecuencias negativas de la no adherencia no son inmediatas, por lo que se hace más probable los incumplimientos o desviaciones de las pautas de tratamiento. Así, el paciente tiene un papel activo y central al ser un tratamiento autoadministrado, por lo que la exigencia de responsabilidad va a ser mayor. Pero, aunque el tratamiento puede ser un evento estresante, el principal objetivo de las intervenciones psicoeducativas, en este ámbito, será lograr un equilibrio físico y biológico, y adecuar las conductas psicosociales (Balcázar Nava et al., 2012).

Dependiendo de las necesidades y requerimientos, se pueden realizar intervenciones en crisis o a largo plazo. Momentos de crisis son el momento del diagnóstico, cuando hay que enfrentar secuelas por hiperglucemias o un periodo de tiempo tras el cual no se consigue controlar la enfermedad. A largo plazo, los objetivos son mantener el cambio de comportamiento, el manejo de restricciones alimenticias, la correcta auto monitorización de glucosa y uso de medicamentos, el desarrollo de adecuadas prácticas físicas y el afrontamiento de condiciones adversas emocionales (depresión, ansiedad, estrés...).

Para la adquisición de todas estas habilidades imprescindibles, los pacientes pueden acceder y verse apoyados por diferentes sistemas de educación diabetológica que normalmente son facilitados por el sistema sanitario. Estas intervenciones están formadas por 4 fases (Balcázar Nava et al., 2012):

- 1) Fase Educativa: En esta fase el objetivo principal es explicar la naturaleza de la enfermedad. Reconocer las circunstancias que mantienen las conductas adversas y las consecuencias que tendrían la prolongación de las mismas. Se

trabaja el papel que cumplen las cogniciones y emociones del paciente en el autocuidado y se hace énfasis en la importancia de su proactividad y su papel activo. Los pacientes deben adquirir recursos para afrontar diferentes situaciones estresantes de la enfermedad y para aumentar la percepción de control de esta. Es importante la retroalimentación al paciente y mensajes de motivación para incorporar las pautas de autocuidado en la vida.

- 2) Fase de Entrenamiento en Habilidades específicas para el Autocuidado: en esta fase se plantean las conductas específicas necesarias para favorecer un correcto desarrollo de la enfermedad. Técnicas psicológicas que se pueden usar en esta fase pueden ser el entrenamiento en auto instrucciones, la desensibilización sistemática y la reestructuración cognitiva. La finalidad de todas ellas serían la adquisición de recursos emocionales y cognitivos, y evitar emociones y/o cogniciones disfuncionales.
- 3) Fase de Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento: en general se entrena el control de componentes cognitivos, emocionales y conductuales que pueden influir en el manejo de la enfermedad. Las técnicas psicológicas que se pueden aplicar serían el entrenamiento en autocontrol y control emocional, entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento de habilidades sociales.
- 4) Fase de Seguimiento: se lleva a cabo una revisión de los conocimientos que tenga el paciente de la enfermedad, y las habilidades de autocuidado adquiridas, así como las que falten por adquirir.

Lo principal sería, por lo tanto, establecer un balance entre la enfermedad y el estilo de vida, para integrar la rutina médica en la vida diaria (Cosma y Baban, 2015). Como se ha comentado, el tratamiento va a requerir una adaptación continua a

eventos estresantes como llevar la dieta correcta, una determinada frecuencia de control glucémico (Skovic et al., 2010) y el seguimiento de rígidas pautas conductuales como realizar ejercicio físico, así como la evitación de hábitos tóxicos. Los malos hábitos pueden ser muy difíciles de cambiar (Drotar et al., 2013) aunque sería necesario. Por ejemplo, conductas como fumar se asocian con pobre control glucémico (Imayama et al., 2011). Y la realización de ejercicio físico se relaciona con menos problemas relacionados con la Dm1 y con una adecuada calidad de vida relacionada con la salud (Lukács et al. 2016), aunque habría que elegir el más adecuado para prevenir hipoglucemias (Mohajeri y Riddell, 2015). Así mismo, el ejercicio aeróbico es importante para un adecuado control glucémico (Mohajeri y Riddell, 2015).

2.2.6.- Diferencias respecto al sexo en Autocuidado de Dm1

Diferencias entre hombres y mujeres aparecen en relación a rasgos de personalidad, factores de salud psicológica y hábitos en pacientes con Dm1.

En general, los hombres perciben una mayor calidad de vida que las mujeres (Lukács et al., 2014), las que además muestran diferencias en la calidad de vida percibida en comparación con mujeres sin la enfermedad (Lukács et al., 2016).

Con respecto a los rasgos de personalidad, las mujeres jóvenes con Dm1 tienen menos Extroversión que las jóvenes sin Dm1, diferencia que no se da en el caso de los hombres (Rassart¹ et al., 2014). En ellos, el Neuroticismo es el rasgo que los diferencia de hombres sin Dm1 (Čukić y Weiss, 2016); y también presentan niveles más elevados de Amabilidad, que supone que adopten un rol más dependiente y que confíen más en los otros (Rassart¹ et al., 2014), aunque otros estudios indican que tienden a hacer la enfermedad públicamente invisible (Cosma y Baban, 2015). Si se

comparan hombres y mujeres con Dm1, ellas presentan menos Apertura a la Experiencia y más Responsabilidad que los hombres (Rassart¹ et al., 2014).

Respecto a los problemas psicológicos, los hombres informan una mejor percepción de calidad de vida (Lukács et al., 2014), así como presentan menos síntomas de problemas psiquiátricos que las mujeres (Bächie et al., 2015). Mientras que las mujeres informan más estrés (Boden y Gala, 2018), y menos autoestima (Rassart¹ et al., 2014); y así mismo, perciben un funcionamiento físico y psicosocial negativo por lo que las estrategias de afrontamiento que se empleen serán más desadaptativas (Rassart¹ et al., 2014). También se muestran más inhibidas al usar el apoyo social (Rassart¹ et al., 2014). Así, al presentar las mujeres menos autoestima y estabilidad emocional tienen más problemas de adherencia mediados por síntomas depresivos que pueden experimentar (Rassart¹ et al., 2014), perciben menos control personal respecto a la Dm1 y tienen mayores problemas relacionados con la misma (Rassart et al., 2014).

Aunque las mujeres sean más sensibles a problemas emocionales, los hombres se ven más afectados por síntomas depresivos (Bächie et al., 2015), lo que se asocia a niveles de HbA1c (Bächie et al., 2015). Por otra parte, si las mujeres jóvenes muestran unos mayores niveles de HbA1c, en comparación con los hombres, es por la diferente sensibilidad a la insulina.

Por lo tanto, de cara a una intervención psicológica, en los hombres sería necesario aumentar el nivel de responsabilidad para seguir de forma correcta las pautas de autocuidado, y en las mujeres hay que mejorar las dificultades emocionales para que no supongan una barrera en el automanejo de la enfermedad.

2.2.7.- Diferencias respecto a la edad en el Autocuidado de Dm1.

La persona, en su transición de la niñez a la adolescencia y adultez, se ve sometida a un despliegue evolutivo cuyo final se encuentra en la adquisición de responsabilidades sociales en diferentes ámbitos (académico, laboral, relacional, de pareja y familiares).

Lo primero y más evidente de esta transición son los cambios biológicos típicos de la pubertad y que van a relacionarse con procesos adaptativos sociales. Mientras el término *pubertad* es un término eminentemente biológico, la adolescencia es un ciclo biográfico culturalmente construido (Cantero Vicente, 2012), donde el logro de la propia identidad, la imagen que se tiene de uno mismo, va a ser el principal objetivo. Es común el sentimiento de *rareza* o *extrañeza* por los cambios físicos que van experimentando; cualquier observación al respecto, por parte de iguales y/o adultos, puede tener un impacto muy importante en la estabilidad emocional de la persona, generando períodos de desajuste social y emocional que son necesarios afrontar de forma adaptativa. En este proceso, también se van a determinar los rasgos de personalidad, y las circunstancias particulares que acompañen, van a influir en los mismos. Establecida la personalidad, ésta va a influir en el desarrollo individual, y sí que es posible una cierta determinación genética de la misma, las experiencias que tenga la persona desde la infancia y los contextos más cercanos (familia, escuela, iguales...) van a desempeñar una significativa influencia, confirmando y afianzando las características anteriores (Cantero Vicente, 2012).

Para conseguir un buen ajuste psicológico y social en esta etapa, un buen nivel de autoestima va a ser determinante. La autoestima global va a ser función de la valoración de cada una de las dimensiones vitales y de la importancia que se le otorgue a dicha valoración. Por su parte, el autoconcepto es entendido como el

conjunto de conceptos internamente consistentes y jerárquicamente organizados acerca de diferentes dimensiones humanas entre las cuales se reconocen los factores físico, social, emocional, académico y personal; así el autoconcepto sería el concepto que la persona tiene de sí misma (Montoya Londoño et al., 2018).

Si las diferentes etapas del desarrollo, y las características que conllevan, van acompañadas de una enfermedad altamente demandante, psicológica y conductualmente, como es la Dm1, la persona puede verse afectados de forma importante en diversos ámbitos. Así, la transición del desarrollo (como el paso de la niñez a la adolescencia) supone un deterioro en el control glucémico, por la influencia de diferentes factores biológico, psicológicos y familiares (Drotar et al., 2013). Así, hay resultados que indican que los retos y responsabilidades de la Dm1 interfieren en el desarrollo, en la identidad del adulto y en diferentes aspectos de la vida (Rassart et al., 2016).

Los cambios fisiológicos y hormonales de la adolescencia conllevan menos sensibilidad a la insulina (Rondón y Zoraide, 2013; Castellano-Guerrero et al. 2018). Psicológicamente, aparecen cambios con deseos de experimentar y sentimientos de rebeldía (Castellano-Guerrero et al. 2018), unido a una mayor labilidad emocional (Martín Alfonso y Grau Ábalo, 2004; Buchberger et al., 2016). Esta situación puede implicar alteraciones en los niveles de HbA1c, derivadas de problemas en el control glucémico, ocasionadas por dimensiones psicopatológicas y determinados mecanismos de afrontamiento (Skocic et al., 2010). Así mismo, con la enfermedad es frecuente que presenten síntomas depresivos que interfieren en el control glucémico, asociados a emociones disfóricas que bajarían la motivación de mantener un régimen de autocuidado (Engum et al., 2005). Existen resultados que indican que los adolescentes presentan una mayor tensión emocional por aceptar el diagnóstico y el

cuidado a largo plazo que implica la Dm1 (Cosma y Baban, 2015). Así, los jóvenes presentan un riesgo de control glucémico inadecuado y una menor adherencia, existiendo patrones de comportamiento difíciles de cambiar (Skocic et al., 2010; Drotar et al., 2013); suponiendo la Dm1, en esta etapa, una amenaza para el autoestima físico y psicosocial (Cosma y Baban, 2015). No obstante, a pesar de las dificultades, los adolescentes con Dm1 manejan la enfermedad bien y tienen una vida normal (Anarte et al., 2009), no relacionándose esta edad con un mal manejo de la Dm1 (Rassart et al., 2018); aunque sí son menos adherentes y tienen el riesgo del peor control glucémico (Cosma y Baban, 2017). Así, la enfermedad va a impactar en diferentes esferas del desarrollo adolescente, va a afectar a aspectos físicos, emocionales, sociales, educativos y vocacionales (Young-Hyman et al. 2016).

Por su parte, en los adultos con Dm1, que cuentan generalmente con más duración de la enfermedad, presentan una mayor evitación y más estrategias de afrontamiento pasivo (Rassart et al., 2014), aunque por otra parte, la madurez puede implicar el disponer de recursos para enfrentar diferentes estresores (Rassart (a) et al., 2014).

En resumen, los jóvenes tienen un mayor riesgo de estrés psicológico, de complicaciones derivadas de la Dm1 y pueden faltar al seguimiento médico, lo que suponen problemas para la consecución de los objetivos planteados en el control glucémico (Pyatak et al., 2013). Mientras que los adultos con Dm1 no toman activamente la responsabilidad del cuidado de la enfermedad, lo que supone complicaciones, y no presentan esfuerzos cognitivos y/o emocionales para el seguimiento del tratamiento a largo plazo (Karlsen y Bru, 2002).

En el ámbito social, las personas con Dm1 pueden presentar más problemas, debido a pensamientos y/o sentimientos de no sentirse adaptados entre los amigos; viendo el control glucémico (control nivel de glucosa y administración de insulina)

como conductas intrusivas en el contexto social (Munkácsi et al., 2018). Así, el diagnóstico antes de los 18 va a afectar al desarrollo social debido a la percepción que tienen de disponer de un bajo soporte social (Jones et al., 2018). En caso extremo, esta situación puede derivar en una ideación suicida, dado que ésta es más frecuente en adolescentes con enfermedades crónicas, unido a un pico de problemas de adherencia al autocuidado (Frank, 2005). Así mismo, esta ideación es más común en jóvenes con Dm1 en comparación con la población general (Dovey-Pearce et al., 2007). Por lo que sería importante realizar una valoración para evitar el riesgo de aparición de problemas de ajuste persistentes (Frank, 2005).

Según los resultados de estudios citados, jóvenes y adultos afrontan la situación de manera diferente, contando cada uno con características que pueden suponer diferentes riesgos en el control metabólico de la enfermedad. Sería importante tener en cuenta estos aspectos en las intervenciones para mejorar el autocuidado de la Dm1.

2.3.- Diabetes Tipo 2

La Dm2 es un trastorno metabólico de etiología multifactorial y que cursa con resistencia a la acción de la insulina en los órganos diana. Su etiología es multifactorial. A factores genéticos se unen predisponentes como aspectos nutricionales, la obesidad y el sedentarismo. Esta enfermedad implica un importante deterioro en la calidad de vida y bienestar psicológico. Es una de las principales causas de muerte prematura y supone un incremento en el riesgo de lesiones macrovasculares y microvasculares como retinopatía, neuropatía o nefropatía diabética (Egede, 2005).

Las personas con Dm2 supone el 90% de los diabéticos del mundo (OMS, 2004); así en España supone entre el 90-95% de todas las personas con Dm. De la población

de mayores de 65 años, entre el 10-15% tiene diagnóstico de Dm2 y el 20% de los mayores de 80 años.

El tratamiento de la Dm2 requiere una importante implicación conductual, cognitiva y emocional por parte del paciente. Es decisivo el cambio del estilo de vida que incluya una dieta equilibrada y la realización de ejercicio físico de forma regular, para disminuir el sobrepeso, y conductas de auto-cuidado específicas de la diabetes como el cuidado de pies, el control de los niveles de glucosa y el cumplimiento del régimen farmacológico.

Es suficientemente conocido que los trastornos psicológicos tienen un impacto integral sobre la persona, a nivel fisiológico, cognitivo, comportamental y emocional (Egede, 2005). Desde hace años se ha sugerido la relación que puede existir entre la diabetes y la psicopatología. Trastornos emocionales, como la depresión, y el estrés psicológico podrían actuar como desencadenantes de la diabetes (Ford, 2005) y por otra parte, puede afectar al auto-manejo de la enfermedad. El estrés psicológico afecta al 70% de los pacientes con diabetes, se presenta de forma más frecuente y llega a ser más incapacitante que la depresión clínica (Surwit et al., 2002). El padecer diabetes aumenta la probabilidad de padecer problemas depresivos, en comparación con personas sin diabetes, en concreto entre el 11-15% de los pacientes cumplen los criterios diagnósticos de depresión mayor (Surwit et al., 2002) En caso extremo, la depresión co-mórbida está asociada con niveles más elevados de mortalidad en pacientes con Dm2 (Bogner et al., 2007). Por otra parte, la relación psicología-diabetes sería bidireccional; cambios psicológicos derivados de la experiencia de vivir con diabetes pueden ocasionar problemas emocionales, y conductas y cambios psicológicos asociados a procesos depresivos podrían desencadenar la diabetes (Katon et al., 2004).

La American Psychological Association (APA) recoge el “Trastorno afectivo debido a una condición médica general”, definido como una prominente y persistente alteración del humor que es juzgada como debida a efectos fisiológicos directos de una condición médica general. Acorde a esto, existen estudios que indican que el padecer una patología crónica implica la presencia habitual de estímulos estresantes que pueden generar un trastorno depresivo (Katon et al., 2005). O que en Dm2 son frecuentes pensamientos de intrusividad, del tedioso afrontamiento diario y de valorar negativamente el soporte social con el que se cuenta (Ciechanowski et al., 2000). Ante este panorama, la principal estrategia funcional de adaptación es aceptar el diagnóstico para integrar las demandas de auto-cuidado y aprender a afrontar las potenciales complicaciones que puedan aparecen en la Dm2 (Delahanty et al. 2007). Es importante tener en cuenta la existencia de problemas emocionales en los pacientes, ya que éstos perjudican el control de la enfermedad y se asocian a un aumento en el número o severidad de las complicaciones derivadas de la misma (de Groot et al., 2001).

Para el seguimiento de la adherencia, un marcador fisiológico bien establecido para el adecuado control metabólico de la Dm2 es el nivel de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c). Este indicador es útil para predecir el riesgo de complicaciones crónicas. El objetivo establecido por la ADA es mantener el nivel de HbA1c en <7%. Hay estudios que indican que un nivel elevado de estrés emocional asociado a la Dm2 se relaciona con niveles más elevados de HbA1c (Katon et al., 2004). Así, ante una intervención para reducir el nivel de estrés, los niveles de HbA1c se reducen (Surwit et al., 2002). También la mejora de la depresión se asocia con esta reducción (Katon et al., 2004).

En esta influencia de factores psicológicos en la Dm2 aparecen diferencias respecto al sexo. En concreto, los hombres con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, muestran un inicio más precoz de la Dm2, un índice de masa corporal (IMC) mayor, un mayor consumo de tabaco y unos mayores niveles de HbA1c, así mismo presentan un mayor número de complicaciones derivadas de la enfermedad. Por su parte, en las mujeres el peso corporal es el factor más relacionado con problemas de depresión, lo que, a su vez, implica mayores complicaciones diabéticas (Nichols et al., 2003).

En conclusión, la experiencia de estrés emocional afecta a la Dm2 de dos formas diferentes: directamente, por los efectos fisiológicos que produce la respuesta de estrés en el sistema neuroendocrino; e indirectamente, por la alteración en el control de la Dm2, en concreto alterando el seguimiento de una dieta adecuada, la realización de ejercicio físico y los comportamientos de autocuidado (Surwit et al., 2002).

Otro aspecto a tener en cuenta, debido a la importancia del peso en la Dm2, es la influencia del tratamiento farmacológico de algunos trastornos emocionales. Los efectos secundarios de antidepresivos tricíclicos y/o inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) incluyen ganancia de peso y sedación, lo que conlleva la falta de actividad física y una reducción en la motivación para seguir las medidas de autocuidado (Egede, 2005).

Ante este panorama, la calidad de vida percibida en los pacientes es un importante ámbito en el manejo de la Dm2 (Bogner et al., 2007). Los estándares de cuidado médico de la ADA establecieron en 2004, la valoración necesaria de los desórdenes afectivos en la Dm2 (ADA, 2004). Así, son necesarias intervenciones que modifiquen el estilo de vida de la persona, especialmente en aquellos que presenten problemas depresivos concomitantes (ADA, 2010).

Por lo tanto, planteamos que podría ser necesario la detección precoz y el control de aspectos psicológicos disfuncionales de los pacientes con Dm2, para la mejor del control integral de la enfermedad.

II- PLANTEAMIENTO INVESTIGACIÓN

1.- El problema

La Dm, tanto Dm1 como Dm2, es una enfermedad endocrina crónica que exige una implicación activa de la persona en el tratamiento de la misma. Unido al cuidado médico-sanitario, se demanda un conocimiento adecuado de la enfermedad, relativo a los niveles de referencia de glucosa, a la cantidad de insulina a administrarse, a la toma de tratamiento, a la dieta adecuada... Y también supone retos conductuales como la medición de niveles de glucosa y la administración de insulina, ambos con técnicas invasivas; la realización de ejercicio físico de forma regular, y el control de los hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol.

Ante esta situación, el problema es que existen pacientes que, por diferentes motivos, principalmente determinadas características psicológicas (De Groot et al., 2016), no presentan una adecuada adherencia a las pautas de autocuidado, lo que derivaría en consecuencias negativas para la salud y para la calidad de vida en general. El no llevar un control metabólico adecuado de la diabetes supone un peor pronóstico de la enfermedad, un mayor riesgo de consecuencias negativas derivadas de la misma y un peor bienestar emocional y calidad de vida percibida.

2.- Justificación

Debido al carácter crónico de la Dm1 y a la importancia que supone el correcto autocuidado para la evolución y pronóstico de esta enfermedad, sería interesante conocer los diferentes factores que podrían influir en el automanejo. Dado que el impacto de la diabetes es global y puede implicar a diferentes facetas de la vida del

paciente (familiar, social, laboral...), los factores que influyen también podrán ser de diferente naturaleza: fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales.

Así, el autocuidado se podría ver afectado por mecanismos fisiológicos como la respuesta de estrés; por aspectos psicológicos como los rasgos de personalidad y factores de salud psicológica; y por factores conductuales como el seguimiento de hábitos correctos y evitación de hábitos tóxicos. Aspectos que influyan en el automanejo podrían influir en el nivel de referencia del control metabólico de la Dm1, el nivel de HbA1c.

Si se obtiene una descripción de la influencia de estas características en el autocuidado de la Dm1, se podría adoptar una perspectiva de promoción de la salud y prevención de problemas, que ayudaría a facilitar una correcta adherencia y conseguir así unos buenos resultados de salud. Trabajar para modificar las características que influyan de forma negativa en el autocuidado, mejorarían el pronóstico y evolución de la enfermedad.

Por su parte, en la Dm2, la situación sería similar. La Dm2 supone elevadas demandas de autocuidado, lo que afecta a la calidad de vida y, por tanto, implica fuertemente a los recursos emocionales de afrontamiento del paciente. Esto implica el riesgo de la aparición de síntomas o trastornos depresivos que, por su parte, pueden alterar los niveles de glucosa y HbA1c; tomando estos últimos como indicador fisiológico del automanejo de la Dm2. Esta situación implicaría un control defectuoso con rasgos como el seguimiento de una dieta inadecuada, hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco, o la ausencia de ejercicio físico de forma regular.

Hemos estudiado de forma independiente la Dm1 y Dm2, debido a las características propias de cada patología, a la población a la que afecta y a las implicaciones específicas que puede suponer la adherencia al autocuidado.

Estudio 1: Uno de los estudios ha tratado de evaluar la relación que pueda existir entre los rasgos de personalidad y la adherencia en personas con Dm1; así mismo se ha valorado la interacción con factores de salud psicológica.

Estudio 2: El estudio referente a Dm2, ha tratado de describir los efectos del estrés emocional y la presencia de síntomas y/o trastornos depresivos, en una muestra de pacientes con Dm2.

3.- Objetivos de la Investigación

3.1.- Estudio 1: Perfiles de Personalidad que favorecen la adherencia en Diabetes Tipo 1 y la interacción con Factores de Salud Psicológica.

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

- A) Valorar cómo se relacionan los rasgos de personalidad con la adherencia al autocuidado en Dm1.
- B) Valorar la interacción de dicha adherencia con factores de salud psicológica.
- C) Valorar las diferencias que existan, al respecto, en cuanto al sexo.
- C) Valorar las diferencias que existan en cuanto a la edad de los pacientes, jóvenes o adultos.

3.2.- Estudio 2: Estudio Descriptivo de los efectos del estrés y la presencia de Trastorno Depresivo en la Diabetes Tipo 2.

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

A) Objetivo principal: Estudio descriptivo del trastorno depresivo en pacientes con Diabetes Tipo 2.

B) Objetivos secundarios:

- Determinar la relación entre los niveles de glucosa y HbA1c y la presencia de síntomas o trastorno depresivo.
- Determinar la relación de trastornos depresivos en la motivación para la vida diaria y para afrontar exigencias de la enfermedad.
 - Se valoran aspectos como el plan de tratamiento y pensamientos negativos sobre las consecuencias a largo plazo; el apoyo social percibido, la satisfacción con la atención médica y motivación para las actividades diarias.
- Determinar la relación del trastorno depresivo en el autocuidado de la Dm2: autocuidado metabólico, adherencia a la dieta, al ejercicio físico y el cumplimiento terapéutico, así como el autocuidado de las complicaciones (pies y ojos).
- Determinar la relación del trastorno depresivo en las repercusiones de la enfermedad (oftalmológicas, renales, cardíacas, vasculo-cerebrales y amputaciones)

III

Estudio 1: Perfiles de personalidad que favorecen la adherencia en diabetes tipo 1 y la interacción con factores de salud psicológica.

1.- METODOLOGÍA

1.1.- Tipo de estudio.

El presente estudio es un estudio descriptivo-analítico de corte transversal. Se pretende evaluar, en un grupo de pacientes con Dm1 de Córdoba, las características más relevantes que influyan en las necesidades de cuidado de su enfermedad. Por una parte, se registran las puntuaciones en rasgos de personalidad y en problemas/síntomas de salud psicológica; y la frecuencia de hábitos perjudiciales (alcohol, tabaco, dieta inadecuada, no ejercicio físico...). Por otra parte, se analizan las relaciones que pueden existir entre los factores evaluados y los indicadores estimados del autocuidado.

Se compara la población diabética con la población control. Así mismo, se comparan hombres y mujeres con Dm1, entre ellos y respecto a la muestra control; y jóvenes y adultos con Dm1, entre ellos y respecto a la muestra control.

1.2.- Diseño.

La muestra de casos se ha recogido en un contexto clínico, en concreto, en una consulta de Endocrinología de un hospital, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, con la colaboración del personal sanitario de dicha consulta. Mientras la muestra control se ha recogido principalmente en el ámbito académico o de personas cercanas que cumplan los criterios.

1.3.- Participantes. Contexto.

La muestra de casos del estudio está formada por 104 pacientes diagnosticados de Dm1, de edades comprendidos entre los 14 y 35 años. Los sujetos fueron

seleccionados aleatoriamente de los pacientes asistentes a revisión, en una de las consultas de Endocrinología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

La muestra control ha estado formada por 190 sujetos del mismo intervalo de edad, entre 14 y 35 años, que no presentan diagnóstico de Dm1.

Seleccionados los participantes en el estudio y solicitando su colaboración, se les facilitaba el dossier de recogida de datos, que era devuelto una vez cumplimentado.

1.4.- Variables

1.4.1.- Variables sociodemográficas y antropométricas

Las variables sociodemográficas recogidas son la edad, sexo, nivel de estudios, profesión (ocupación) y estado civil.

Los datos antropométricos registrados son el peso (kg) y la talla (m), para el posterior cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) (Kg/m^2)

1.4.2.- Variables de estudio

1.4.2.1.- Variables Psicológicas y Conductuales

- Rasgos de Personalidad: se obtienen a través de la versión abreviada del cuestionario NEO-PI-R, el NEO-FFI. Los rasgos registrados son: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad.

- Factores de Salud Psicológica: los datos de salud psicológica se obtienen a través de 3 cuestionarios: BDI, BAI y CORE-OM.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) recoge los síntomas de depresión y la existencia de un trastorno depresivo. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) valora la presencia de síntomas y trastornos de ansiedad. El cuestionario CORE-OM y

sus subescalas valora aspectos como el bienestar subjetivo, el funcionamiento diario, la presencia de problemas y/o síntomas y factores de riesgo.

- Patrones conductuales: se registran datos de consumo de alcohol y tabaco, de seguimiento de dieta adecuada y de realización de ejercicio físico.

El hábito tabáquico se registra de forma dicotómica (sí o no) y el número de cigarrillos que se consumen al día.

El consumo de alcohol se registra de forma dicotómico (sí o no), el tipo de bebida (vino, cerveza o destilados) y la cantidad que se consume en una semana, medida en Unidades de Bebida Estándar (UBE). Las consumiciones de vino y cerveza corresponden a 1 UBE y el consumo de un destilado corresponde a 2 UBE.

El seguimiento estimado de la dieta se registra de forma cualitativa, en una escala graduada en los intervalos *deficiente*, *regular* y *adecuada*.

Respecto a la realización de ejercicio físico, se recoge la frecuencia, cuantas veces por semana se realiza ejercicio físico, y que tipo de ejercicio se realiza (Aeróbico o Anaeróbico).

1.4.2.2.- Variables relacionadas con la enfermedad.

En el grupo de casos, se han registrado varios datos referentes a la enfermedad y su tratamiento.

En concreto, se ha registrado el año de diagnóstico y la duración en años de la Dm1. Respecto al tratamiento se registra el número de veces al día que se miden los niveles de glucemia y el número de veces de administración de insulina. Se pide que se indique si se ha recibido algún tipo de educación diabetológica y que estime el conocimiento respecto a la enfermedad. El conocimiento estimado de la Dm1 se valora en una escala cualitativa con 3 niveles: *pobre/escaso*, *normal/adecuado* y *muy*

adecuado. Se pide el número de hipoglucemias que se haya tenido y las complicaciones que se puedan haber experimentado derivadas de la Dm1. Por último, se solicita el nivel de HbA1c que tenga en la última analítica.

En el grupo control, el dossier es igual que en el grupo de casos, pero sin los datos relativos a la Dm1. Se añade la cuestión de si se padece alguna enfermedad y desde cuando se tiene el diagnóstico. Si presentan algún diagnóstico, se pide que se valoren las exigencias de autocuidado de la enfermedad que padezca, en una escala cualitativa que recoge los intervalos *muy costoso, costoso, llevadero, fácil y muy fácil*.

1.5.- Métodos y técnicas de recogida de datos. Cuestionarios empleados.

Para la recogida de datos del grupo de casos, los dossiers de recogida de datos eran facilitados a los pacientes con Dm1 que asistían a la consulta. Dicho dossier era cumplimentado en ese momento y una vez completado era entregado allí mismo. Posteriormente nosotros recogíamos los dossiers para el registro de datos y corrección de los cuestionarios.

Para la recogida de datos del grupo control se han facilitado los dossiers de recogida de datos a los sujetos que han mostrado su disposición a participar, una vez cumplimentados eran devueltos y recogidos por nosotros para el registro de datos y corrección de los cuestionarios.

1.5.1.- *NEO Personality Inventory* (NEO-PIR-R). Versión reducida NEO-FFI

Este inventario es derivado del modelo de los Cinco Factores de Personalidad, modelo que goza de una mayor aceptación en la actualidad. Los 5 factores representan los rasgos que han sido identificados a través del lenguaje natural y de los cuestionarios psicológicos.

El Inventario de Personalidad NEO es un cuestionario realizado por Costa, R.T. y McCrae, R.R. (Costa y McCrae, 2002). Tiene como objetivo la evaluación de la personalidad normal, sin trastornos psicopatológicos importantes, de adolescentes y adultos; siendo útil tanto en investigación como en situaciones clínicas. En esta investigación se emplea el Inventario NEO reducido de 5 factores (NEO-FFI), por el poco tiempo que es necesario para la aplicación. Es una versión autoaplicable, que cuenta con 60 elementos donde se obtiene las puntuaciones solo de los 5 factores; aporta una medida rápida y general. Está formado por dos páginas, donde aparecen las 60 cuestiones, con un área para registrar las respuestas. Dichas respuestas están graduadas en 5 puntos desde “total desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Consta de 5 escalas con 12 elementos cada una. No hay límite de tiempo para contestar, pero suele conllevar entre 10-15 minutos. Las puntuaciones obtenidas indican los grados de rasgos de personalidad, y solo puntuaciones muy extremas implican características distintivas. Los resultados se pueden resumir en 5 niveles: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. Finalmente, se obtiene un perfil que sintetiza el estilo emocional, interpersonal, experiencial, actitudinal y motivacional.

Los cinco factores y las características que implican cada uno de ellos serían los siguientes:

- Neuroticismo (N): indica la tendencia a experimentar sentimientos negativos como miedo, ira, culpa... Con elevada puntuación son personas propensas a ideas irracionales, a una menor capacidad de controlar los impulsos y de enfrentar situaciones que impliquen un cierto nivel de estrés. Las emociones desorganizadas que implican generan una interferencia en la adaptación adecuada.

Las puntuaciones bajas son propias de personas emocionalmente estables, tranquilas y relajadas, capaces de enfrentar situaciones estresantes sin alterarse.

- Extroversión (E): puntuaciones elevadas son propias de personas sociables. Se relaciona con la preferencia por grupos y por la vinculación con la gente. Son personas asertivas, activas y habladoras. Alegres, enérgicas y optimistas.

Las puntuaciones bajas indican la falta de las características anteriores y no la presencia de características contrarias. Son personas reservadas e independientes y más constantes. No tiene que implicar sentimientos de desdicha o pesimismo.

- Apertura a la Experiencia (Openess-O): este rasgo implica interés tanto por el mundo exterior como interior, se tiende a experimentar sentimientos intensos. Con puntuaciones altas se muestra una preferencia por la variedad y un enriquecimiento por la experiencia y una capacidad para tomar en consideración nuevas ideas, experimentando emociones de forma más profunda.

Personas con baja puntuación son convencionales y conservadoras, y muestran respuestas emocionales apagadas, pero no implica intolerancia.

- Amabilidad (A): es una característica que refleja las tendencias interpersonales. Con puntuaciones elevadas son personas altruistas, simpáticas y dispuestas a ayudar.

Las puntuaciones bajas son propias de personas desagradables, egocéntricas, suspicaces con las intenciones de los demás y con baja cooperación.

- Responsabilidad (conscientiousness- C): hace referencia al autocontrol. Personas con puntuaciones altas son voluntariosas, decididas y con buena voluntad de logro. Son escrupulosas, puntuales y fiables, y en extremo pueden tener un elevado sentido crítico.

Con puntuaciones bajas son menos rigurosas al aplicar principios morales y más descuidadas al luchar por los objetivos.

El Modelo de los 5 Factores se puede emplear para entender los constructos de la psicología de la salud, características que favorezcan el cumplimiento de hábitos y pautas de tratamiento de un proceso de enfermedad. En la investigación aporta una evaluación global de las dimensiones de la personalidad, que pueden orientar la comprensión de la conducta que presenten las personas.

Los datos de fiabilidad y validez avalan el uso de este cuestionario (Costa y McCrae, 2002). Este cuestionario presenta una adecuada fiabilidad re-test. Muestra unos buenos coeficientes de estabilidad, entre 0.68 y 0.83, tanto en los autoinformes como en las calificaciones recibidas de otra persona.

Y, así mismo, muestra buenos índices en las diferentes esferas de la validez. La validez convergente se sustenta en que los rasgos del NEO-PI-R correlacionan con otras medidas de constructos análogos; así mismo todas las facetas cuentan con una adecuada validez discriminante. Los datos evidencian una correcta validez convergente de las escalas a través de las calificaciones de los observadores, y a

través de la validez convergente. Por último, respecto a la validez de constructo, se demuestra el poder teórico de predicción de las escalas del NEO-PI-R respecto a diferentes criterios como el bienestar psicológico, el afrontamiento y defensas, motivaciones, rasgos interpersonales...

1.5.2.- *Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM).*

El CORE-OM es un cuestionario creado por el *Core System Group* que evalúa el malestar psicológico a partir de 4 dimensiones: Bienestar Subjetivo, Problemas/Síntomas, Funcionamiento General y Riesgo. Es adecuado como herramienta de evaluación inicial, pero no se puede usar para obtener un diagnóstico de un trastorno específico. Hay estudios que indican que este instrumento cuenta con un nivel de fiabilidad y validez adecuados, así como con una excelente aceptabilidad y sensibilidad al cambio terapéutico. La utilización del CORE-OM se enmarca en el paradigma de la práctica basada en la evidencia. Este cuestionario se usa en el área de investigación o en la evaluación de la atención individual del paciente. Es un instrumento de libre acceso a través de la web www.coreims.co.uk, desarrollado por la Universidad de Leeds junto con otros centros del Reino Unido.

Es un cuestionario de autoinforme, formado por 34 ítems que ocupan una hoja DIN-4 a doble cara, por lo que es breve y rápido de contestar.

Las escalas son:

1) Bienestar Emocional (CORE-W): Formada por 4 ítems. Evalúa el nivel de malestar emocional subjetivo.

2) Problemas/Síntomas (CORE-P): Formada por 12 ítems. Esta escala valora la presencia de ansiedad/depresión, trauma y síntomas físicos.

3) Funcionamiento General (CORE-F): Formada por 12 ítems. Esta escala valora aspectos de relaciones sociales e íntimas y otros aspectos del funcionamiento cotidiano.

4) Riesgo (CORE-R): Formada por 6 ítems. Esta escala es un indicador de los intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros.

A su vez cada escala, menos la escala W, cuenta con varias subescalas.

La escala Problemas/síntomas (P) está compuesta por 4 subescalas, que evalúan respectivamente: problemas/síntomas de ansiedad (4 ítems), problemas/síntomas de depresión (4 ítems), síntomas físicos (2 ítems) y trauma (2 ítems).

La escala Funcionamiento (F) está compuesta por 3 subescalas, que evalúan respectivamente: el nivel de funcionamiento en relaciones íntimas (4 ítems), en las relaciones sociales (4 ítems) y el nivel de funcionamiento (4 ítems).

Y la escala Riesgo (R) está compuesta por dos subescalas que evalúan respectivamente: el daño a sí mismo (4 ítems) y el daño a terceros (2 ítems).

Además, aporta una puntuación total que agrupa las escalas W, P y F; y otra puntuación total que incluye a las 4 escalas (W, P, F y R); indicativas del estado emocional general de la persona.

El valor de cada ítem es de 0 a 4. La corrección se realiza manualmente o por lectura óptica. Está diseñado de forma que, a mayor puntuación, mayor nivel de problema o síntomas. En el caso de la escala de bienestar emocional, la interpretación es inversa; a mayor puntuación, mayor nivel de malestar emocional; aunque se mantuvo esta denominación por coherencia y por criterios de consistencia con las otras escalas.

Este cuestionario tiene alta consistencia interna (α de Cronbach 0.75-0.90 para todas las dimensiones) y alta correlación test-retest (0.87-0.91).

- Desarrollo de la versión original

El origen de este cuestionario se remonta al capítulo realizado por Waskow (1975), titulado “Selección de una batería básica”, producto de la conferencia científica de la *American Psychological Association* (APA) en 1970. En los años siguientes, *The Mental Health Foundation* optó por apoyar el desarrollo de un instrumento básico para la medición del resultado y el cambio en psicoterapia. Fue creado como respuesta a la existencia y uso de medidas sin el adecuado rigor psicométrico. Ejemplos de instrumentos más usados, el cuestionario de depresión de Beck y el cuestionario de ansiedad de Beck se orientan a la evaluación de los síntomas y/o problemas específicos e indican su presencia y gravedad, pero no tienen como objetivo medir el resultado global y el cambio producido durante la terapia psicológica. Ambos cuestionarios muestran una correlación alta con el CORE-OM.

Las ventajas de este cuestionario son que es un instrumento breve, fácil de leer y entender, es aceptable para cualquier orientación teórica, detecta el cambio clínico, es fácil de corregir e interpretar, tiene buenos índices de validez y fiabilidad, cuenta con datos normativos para muestras clínicas y de población general y es gratuito (Feixas et al., 2012).

1.5.3.- Beck Depression Inventory (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck es un autoinforme que evalúa la gravedad de la depresión en adolescentes y adultos a partir de los 13 años. Se presenta en formato de lápiz y papel y está formado por 21 ítems tipo Likert en escala de 4 puntos, de 0 a

3. Estos ítems son indicativos de síntomas como tristeza, llanto, fracaso, culpa... Los sujetos deben elegir la afirmación más característica que caracterice el marco temporal de las últimas 2 semanas. La puntuación se obtiene sumando las respuestas a los diferentes ítems; la que finalmente se sitúa en los 4 grupos de puntuación: depresión mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave. El tiempo necesario para su cumplimentación es de entre 5 y 10 minutos.

Este cuestionario es usado para detectar y evaluar la gravedad del trastorno depresivo y contiene los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con depresión. Los puntos fuertes son que es de fácil comprensión y administración. Tiene una alta fiabilidad, consistencia interna y validez convergente. Discrimina personas con depresión mayor y sin depresión. Por lo tanto, es un autoinforme de medida de presencia y gravedad de síntomas de depresión.

1.5.4.-Beck Anxiety Inventory (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un inventario que evalúa la presencia de síntomas de ansiedad. Mide, en formato de auto informe, el grado de ansiedad que presenta la persona. Así está diseñado para discriminar entre personas ansiosas y no ansiosas, y para medir los síntomas de ansiedad no compartidos con los de depresión. Es de administración oral o con papel y lápiz. Está formado por 21 ítems de escala tipo Likert, de 0 a 3. La puntuación se obtiene sumando las respuestas de cada ítem. El tiempo de realización es de entre 5-10 minutos. La interpretación se realiza colocando la puntuación obtenida en los diferentes niveles de gravedad: mínimo, leve, moderado o grave.

Los puntos fuertes de este cuestionario son que puede aplicarse a variedad de pacientes y a población normal, de 13 años en adelante. Es muy usado en

investigación psicológica. Consta de un material claro y sencillo. Los ítems representan bien el dominio de los trastornos de ansiedad. Y muestra datos convincentes de fiabilidad de consistencia interna y validez de constructo.

1.6.- Análisis de Datos

Los datos recabados han sido analizados con el programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Versión 18.0)

Inicialmente se ha realizado un análisis descriptivo, para obtener los valores de media \pm desviación estándar, para las diferentes variables registradas. El cálculo es realizado tanto de forma global como en las subdivisiones realizadas de la muestra: Personas con Dm1 vs. Control, Hombres-Mujeres con Dm1 vs. control y Jóvenes (\leq 21 años)-Adultos (\geq 22 años) con Dm1 vs. control.

Así mismo se ha estudiado la relación de dos indicadores de manejo de la enfermedad con rasgos de personalidad y factores de salud psicológica. Los indicadores han sido:

- Un indicador fisiológico: los niveles de HbA1c; valorado de forma dicotómica, buen control ($< 7\%$) y mal control ($\geq 7\%$).

- Un indicador cognitivo: la estimación que tenga la persona de disponer de un conocimiento adecuado de la enfermedad. Se valora de forma dicotómica, sí conocimiento – no conocimiento.

Para la variable *adherencia* en Dm1, se ha medido la adherencia real y la adherencia percibida. La adherencia real se ha basado en los niveles de HbA1c, parámetro fisiológico de referencia de un correcto control metabólico (Barquilla García et al., 2010). Se han diferenciado los valores según sean \geq del 7%, lo que es indicativo de mal control metabólico de la enfermedad; o $< 7\%$ que indicaría un buen

control metabólico de la Dm1. La adherencia percibida estaría formada por los datos auto-informados por los participantes, acerca de su consumo de tabaco y alcohol, del seguimiento de una dieta adecuada y de la realización de ejercicio físico. La diferencia entre las puntuaciones de estas variables (Adherencia real – Adherencia percibida) se ha tomado como el *error de estimación de adherencia*, diferenciando así las personas que la sobreestiman (informan llevar a cabo adecuadas pautas conductuales de adherencia, cuando el valor fisiológico de HbA1c indica lo contrario), las que infravaloran su adherencia (teniendo valores fisiológicos de HbA1c indicativos de un buen manejo, informan peores pautas de autocuidado) y las que tienen una percepción adecuada de sus pautas de autocuidado.

1.7.- Ética

El proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética de la Investigación de Córdoba. Este órgano controla la ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía. Se le otorgó a este proyecto una viabilidad en todos los términos, estando bien definidos los objetivos y planteando una adecuada metodología. Así mismo, se estima que los resultados derivados pueden ser de gran interés (Acta nº 259, ref. 3292).

La resolución de dicho órgano se adjunta en el Anexo 1.

El dossier de recogida de datos, tanto del grupo de casos como del grupo control (Anexo 2 y 3), es acompañado de una hoja informativa del estudio y del consentimiento informado, que debe ser firmado por los participantes.

2.- RESULTADOS

2.1.- Análisis Descriptivo. Muestra Total

La muestra está formada por 294 participantes. Un total de 104 personas tienen diagnóstico de Dm1 (casos) y 190 son personas sin diabetes y que han participado como controles. En cuanto al sexo, un 45.60% son hombres y un 54.40% mujeres ($X^2= 3.463$, $p=0.063$). La edad de los participantes se sitúa entre los 14 y 34 años. Un 47.60% tienen \leq de 21 años (19.20 ± 2.04 años), y un 52.40% son \geq de 22 años (25.82 ± 4.11) ($X^2=3.377$, $p=0.066$).

De la muestra total, 134 son hombres (45.60%) y 160 son mujeres (54.40%). En el grupo de casos, 55 son hombres (52.90%) y 49 son mujeres (47.10%); y en el grupo control, 79 son hombres (41.60%) y 111 son mujeres (58.40%) ($X^2=3.463$, $p =0.063$). Respecto a la división por edad de los participantes, 140 son menores de 21 años (47.60%) y 154 son mayores de 22 años (52.40%). En el grupo de casos, 42 son menores de 21 años (40.40%) y 62 son mayores de 22 años (59.60%); y en el grupo control, 98 son \leq de 21 años (51.60%) y 92 son \geq de 22 años (48.40%) ($X^2=3.377$, $p=0.066$).

Tabla 1

Composición grupo de casos y grupo control, según sexo y edad.

Grupos según sexo				
Casos (n=104)		Control (n=190)		<i>p</i>
Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
55	49	79	111	0.063
52.88%	47.12%	41.60%	58.40%	
Grupos según edad				
Casos (n=104)		Control (n=190)		<i>p</i>
≤ de 21 años	≥22 años	≤ de 21 años	≥22 años	
42	62	98	92	0.066
40.40%	59.60%	51.60%	48.40%	

2.1.1.- Datos Antropométricos de la muestra total. Grupo de casos vs. grupo control

Los valores descriptivos de las variables antropométricas en la muestra de casos y muestra control, son los siguientes:

La media de edad del grupo de casos es de 23.88 ± 6.81 años y en el grupo control es de 22.45 ± 8.65 años ($p = 0.000$). La media de peso en personas con Dm1 es de 69.83 ± 12.77 kg y la media de altura es de 1.71 ± 0.09 m. Así, la media del Índice de Masa Corporal (IMC) en participantes con Dm1 es de 23.78 ± 5.36 kg/m². Por su parte, la media de peso en personas sin Dm1 es de 67.42 ± 14.30 kg ($F=1.961$, $p = 0.163$) y la

media de altura es de 1.70 ± 0.10 m ($F=0.068$, $p =0.764$). Así, la media del IMC en participantes sin Dm1 es de 23.21 ± 4.07 kg/m² ($F=0.996$, $p =0.319$).

Tabla 2-1

Datos Antropométricos Grupo de casos vs. Grupo Control

	Grupo de Casos	Grupo Control	<i>p</i>
Edad (Años)	23.88±6.81	22.45 ± 8.65	0.000
Peso (Kg)	69.83±12.77	67.42±14.30	0.163
Talla (m)	1.71±0.09	1.70±0.10	0.764
IMC (kg/m ²)	23.78±5.36	23.21±4.07	0.319

Kg= Kilogramos

m=metros

IMC= Índice de Masa Corporal (kg/m²)

2.1.2.- Datos relacionados con rasgos de personalidad de la muestra total.

Grupo de casos vs. grupo control

Las puntuaciones descriptivas de los rasgos de personalidad del cuestionario NEO-FFI, en el grupo de casos y en el grupo control, son los siguientes:

La media de Neuroticismo en el grupo de casos es de 21.14 ± 7.20 y en el grupo control es de 21.22 ± 7.49 ($F=0.008$, $p =0.927$). La media de Extroversión en el grupo de casos es de 30.39 ± 6.37 y en el grupo control es de 29.80 ± 6.54 ($F=0.530$, $p =0.467$). La media de Apertura a la Experiencia en el grupo de casos es de 28.86 ± 6.65 y en el grupo control es de 29.60 ± 6.92 ($F=0.777$, $p =0.379$). La media de Amabilidad en el grupo de casos es de 32.29 ± 5.58 y en el grupo control es de 32.20 ± 5.73 ($F=0.017$, $p =0.896$). La media de Responsabilidad en el grupo de casos es de 34.76 ± 6.89 y en el grupo control es de 33.23 ± 6.21 ($F=3.719$, $p =0.055$).

Tabla 2-2*Rasgos de Personalidad NEO-FFI. Grupo de casos vs. Grupo Control*

Rasgos de Personalidad NEO-FFI	Grupo de casos	Grupo Control	<i>p</i>
Neuroticismo (N)	21.14±7.20	21.22±7.49	0.927
Extroversión (E)	30.39±6.37	29.80±6.54	0.467
Apertura (O)	28.86±6.65	29.60±6.92	0.379
Amabilidad (A)	32.29±5.58	32.20±5.73	0.896
Responsabilidad (C)	34.76±6.89	33.23±6.21	0.055

NEO-FFI: Versión Abreviada del Cuestionario NEO-PI-R.

2.1.3.- Datos relacionados con Factores de Salud Psicológica de la muestra total. Grupo de casos vs. grupo control

Los valores descriptivos del cuestionario CORE-OM, BDI y BAI, en el grupo de casos y en el grupo control, son las siguientes:

La media CORE Total sin R en el grupo de casos es de 1.51±0.54 y en el grupo control es de 1.64±0.44 ($F=5,182$, $p=0.024$). La media de CORE Total es de 1.29±0.49 y en el grupo de control es de 1.39±0.39 ($F=3,597$, $p=0.059$).

La media de la escala CORE-W en el grupo de casos es de 3.05±9.81 y en el grupo control es de 2.14±0.60 ($F=1,608$, $p=0.206$).

La media de la escala CORE-P en el grupo de casos es de 1.09±0.68 y en el grupo control es de 1.23±0.66 ($F=2,798$, $p=0.096$). La media de la subescala CORE-P_{ANSIEDAD} en el grupo de casos es de 1.19±0.77 y en el grupo control es de 1.28±0.75 ($F=0,998$, $p=0.319$). La media de la subescala CORE-P_{DEPRESIÓN} en el grupo de casos es de 0.87±0.72 y en el grupo control es de 1.02±0.81 ($F=2,603$, $p=0.108$). La media de la subescala CORE-P_{TRAUMA} en el grupo de casos es de

1.40±0.98y en el grupo control es de 1.51±0.92(F=0.891, $p=0.346$). Y la media de la subescala CORE-P_{SÍNTOMAS FÍSICOS} en el grupo de casos es de 1.04±0.90y en el grupo control es de 1.25±0.93(F=3,570, $p=0.060$).

La media de la escala CORE-F en el grupo de casos es de 1.87±0.42y en el grupo control es de 1.93±0.37(F=1,414, $p=0.235$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES ÍNTIMAS} en el grupo de casos es de 2.88±0.64y en el grupo control es de 2.76±0.69(F=2,099, $p=0.148$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES SOCIALES} en el grupo de casos es de 2.06±0.60y en el grupo control es de 2.09±0.47(F=0,222, $p=0.638$). Y la media de la subescala CORE-F_{OTROS} en el grupo de casos es de 0.75±0.64y en el grupo control es de 0.90±0.69(F=3,138, $p=0.078$).

La media de la escala CORE-R en el grupo de casos es de 0.29±0.52y en el grupo control es de 0.22±0.42(F=1,220, $p=0.270$). La media de la subescala CORE-R_{AUTOAGRESIÓN} en el grupo de casos es de 0.23±0.52y en el grupo control es de 0.16±0.43(F=1,687, $p=0.195$). Y la media de la subescala CORE-R_{AGRESIÓN A TERCEROS} en el grupo de casos es de 0.38±0.63y en el grupo control es de 0.35±0.60(F=0,161, $p=0.689$).

La media de la puntuación en el BDI en el grupo de casos es de 5.84±6.95 y en el grupo control es de 6.78±5.89 (F=1,451, $p=0.229$).

La media de puntuación en el BAI en el grupo de casos es de 8.01±8.31 y en el grupo control es de 9.80±9.44 (F=2.455, $p=0.118$).

Tabla 2-3*Factores de salud psicológica. Grupo de casos vs. Grupo control.*

	Grupo de casos	Grupo Control	<i>p</i>
Escalas CORE-OM			
CORE Total no R	1.51±0.54	1.64±0.44	0.024
CORE Total	1.29±0.49	1.39±0.39	0.059
- Escala CORE-W	3.05±9.81	2.14±0.60	0.206
- Escala CORE-P	1.09±0.68	1.23±0.66	0.096
CORE-P _{ANSIEDAD}	1.19±0.77	1.28±0.75	0.319
CORE-P _{DEPRESIÓN}	0.87±0.72	1.02±0.81	0.108
COREP _{TRAUMA}	1.40±0.98	1.51±0.92	0.346
CORE-P _{S.F.}	1.04±0.90	1.25±0.93	0.060
- Escala CORE-F	1.87±0.42	1.93±0.37	0.235
CORE-F _{R.I.}	2.88±0.64	2.76±0.69	0.148
CORE-F _{R.S.}	2.06±0.60	2.09±0.47	0.638
CORE-F _{OTROS}	0.75±0.64	0.90±0.69	0.078
- Escala CORE-R	0.29±0.52	0.22±0.42	0.270
CORE R _{AUTO}	0.23±0.52	0.16±0.43	0.195
CORE R _{OTROS}	0.38±0.63	0.35±0.60	0.689
BDI	5.84±6.95	6.78±5.89	0.229
BAI	8.01±8.31	9.80±9.44	0.118

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento /R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos / RI= Relaciones Íntimas/R.S.=Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

2.1.4.- Datos relacionados con los hábitos conductuales de la muestra total.

Grupo de casos vs. grupo control

Los datos relacionados con hábitos tóxicos (alcohol y tabaco), seguimiento de una dieta correcta y realización de ejercicio físico, del grupo de casos y del grupo control son los siguientes:

En el grupo de casos, fuman un 19.60%, una media de 1.65 ± 4.10 cigarros al día; y no fuman un 80.40%. En el grupo control fuman un 21.60% ($X^2=0.156$, $p=0.693$), una media de 1.58 ± 3.81 cigarros al día ($F=0.020$, $p=0.887$); y no fuman un 78.40%.

En relación con el consumo de alcohol, en el grupo de casos consumen alcohol un 42.20%, una media de 2.43 ± 4.15 UBE a la semana; y no consumen alcohol un 57.80%. En el grupo control consumen alcohol un 65.30% ($X^2=14.473$, $p=0.000$), una media de 4.93 ± 6.09 UBE a la semana ($F=13.696$, $p=0.000$); y no consumen alcohol un 34.70%.

En relación con el seguimiento de una dieta adecuada, en el grupo de casos consideran llevar dieta correcta un 38.60%; y un 61.40% no considera llevar una dieta correcta. Mientras que en el grupo control, consideran llevar una dieta correcta un 38.90% ($X^2=0.003$, $p=0.956$); y un 61.10% no considera llevar una dieta correcta.

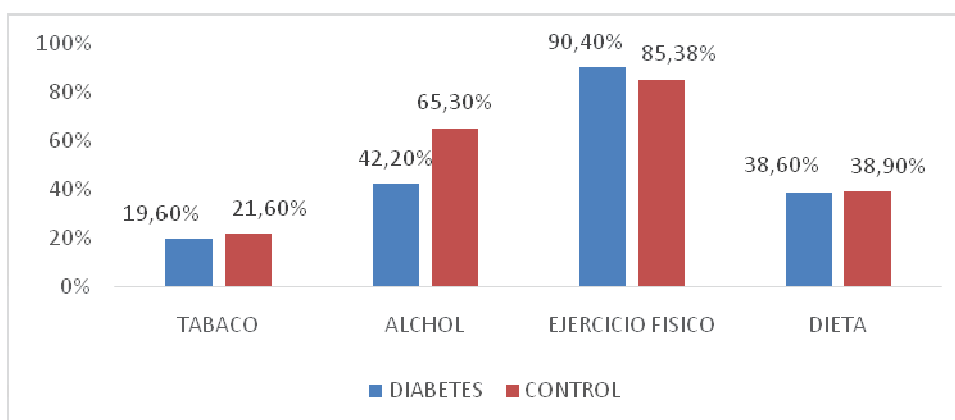
En relación con el ejercicio físico, en el grupo de casos un 90.40% realiza ejercicio físico, una media de 4.46 ± 9.75 días a la semana; y un 9.60% no realiza ejercicio físico. En el grupo control, un 85.30% realiza ejercicio físico ($X^2=1.566$, $p=0.211$), una media de 2.51 ± 1.83 días a la semana ($F=6.807$, $p=0.010$); y un 14.70% no realiza ejercicio físico.

Tabla 2-4*Datos relacionados con los Hábitos Conductuales. Grupo de casos vs. grupo control*

Hábitos	Grupo de Casos	Grupo Control	<i>p</i>
% consumo tabaco	19.60%	21.60%	0.693
Cigarros /día	1.65±4.10	1.58±3.81	0.887
% consumo alcohol	42.20%	65.30%	<0.001
UBE/semana	2.43±4.15	4.93±6.09	<0.001
% Dieta adecuada	38.60%	38.90%	0.956
% realización EF	90.40%	85.30%	0.211
Días EF/semana	4.46±9.75	2.51±1.83	0.010

UBE= Unidad de Bebida Estándar

EF=Ejercicio Físico

Figura 1-1*Hábitos Conductuales de Personas Dm1 vs. Personas Control***2.1.5.- Datos descriptivos relacionados con la enfermedad del grupo de casos.**

Los participantes del grupo de casos llevan una media de 10.85±6.22 años con la enfermedad. Muestran un buen control de la misma un 37.80% de los pacientes, referidos a valores de HbA1c < 7%; siendo la media del nivel de HbA1c de 7.30±1.04. Mientras que un 62.20% de los pacientes no muestran un buen control de la Dm1, es decir, presentan niveles de HbA1c ≥ 7%. Las veces de monitorización del nivel de

glucosa tiene una media de 4.96 ± 1.89 veces/día. Las veces de tratamiento, administración de insulina, tiene una media de 4.95 ± 2.58 veces/día. El 96% afirma haber recibido educación diabetológica; mientras un 4% afirma no haber recibido dicha educación. Son adherentes (entendido como personas que no consumen alcohol ni tabaco, que llevan una dieta adecuada y realizan ejercicio físico más de 4 días por semana) al autocuidado un 34.60% de las personas con Dm1; no siendo adherentes un 65.40 % de ellas. Afirman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad un 62.60%; mientras que un 37.40 % no creen tener un conocimiento adecuado. El 4.80% afirma tener complicaciones derivadas de la enfermedad; y un 95.20% dice no tener complicaciones. Por último, un 39.30% de los pacientes afirman haber experimentado muchas hipoglucemias; mientras que un 60.70% de ellos indican no haber sufrido muchas hipoglucemias.

Tabla 2-5

Datos descriptivos relacionados con la enfermedad en grupo de casos

Datos relacionados con la enfermedad	
Duración de la enfermedad (años)	10.85±6.22
Adherencia (%)	34.60
Buen control (HbA _{1c} <7%)	37.80
Nivel HbA _{1c}	7.30±1.04
Veces Monitorización Glucosa	4.96±1.89
Veces administración de insulina	4.95±2.58
Complicaciones por la enfermedad (%)	4.80
Muchas hipoglucemias (%)	39.30
Educación Diabetológica (%)	96.00
Conocimiento de la enfermedad (%)	62.60

HbA_{1c}= Hemoglobina Glicosilada

2.2.-Análisis Descriptivo. Diferencias respecto al sexo. Hombres.

Como ya se indicó en participantes, el grupo de hombres está compuesto por 134 hombres. 55 son hombres con Dm1 y 79 son hombres control.

2.2.1.- Datos Antropométricos del grupo de hombres. Grupo de casos vs. grupo control.

Los hombres del grupo de casos tienen una media de edad de 23.35 ± 5.72 años, y los del grupo control, de 22.52 ± 4.12 años ($F=0.946$, $p=0.332$). La media de peso del grupo de casos de hombres es de 73.68 ± 11.45 kg, y en el grupo control de hombres es de 78.42 ± 12.06 kg ($F=4.905$, $p=0.029$). La media de altura del grupo de casos de hombres es de 1.77 ± 0.06 m, y en el grupo control de hombres es de 1.79 ± 0.07 m ($F=2.450$, $p=0.120$). Así la media del Índice de Masa Corporal en el grupo de casos de hombres es de 23.60 ± 5.01 kg/m² y en el grupo control de hombres es de 24.41 ± 3.56 kg/m² ($F=1.085$, $p=0.300$).

Tabla 3-1

Grupo Hombres. Grupo de casos vs. control

	Grupo de casos	Grupo Control	<i>p</i>
Edad (Años)	23.35±5.72	22.52±4.12	0.332
Peso (Kg)	73.68±11.45	78.42±12.06	0.029
Talla (m)	1.77±0.06 m	1.79±0.07	0.120
IMC (kg/m ²)	23.60±5.01	24.41±3.56	0.300

Kg=Kilogramos

m=metros

IMC: Índice de Masa Corporal

kg/m²: kilogramos por metro cuadrado.

2.2.2.-Datos relacionados con rasgos de personalidad del grupo de hombres.

Grupo de casos vs. grupo control.

La media de Neuroticismo en el grupo de casos de hombres es de 19.19 ± 7.93 , y en el grupo control de hombres es de 20.06 ± 7.82 ($F=0.385$, $p=0.536$). La media de Extroversión en el grupo de casos de hombres es de 29.98 ± 6.54 , y en el grupo control de hombres es de 31.10 ± 6.14 ($F=0.993$, $p=0.321$). La media de Apertura a la Experiencia en el grupo de casos de hombres es de 28.21 ± 7.82 , y en el grupo control de hombres es de 29.30 ± 5.57 ($F=0.871$, $p=0.353$). La media de Amabilidad en el grupo de casos de hombres es de 31.60 ± 5.34 , y en el grupo control de hombres es de 31.86 ± 5.40 ($F=0.076$, $p=0.783$). La media de Responsabilidad en el grupo de casos de hombres es de 33.81 ± 7.33 , y en el grupo control de hombres es de 32.25 ± 6.05 ($F=1.748$, $p=0.188$).

Tabla 3-2

Rasgos de Personalidad en Hombres. Grupo de casos vs. Grupo Control

Rasgos de	Grupo de casos	Grupo control	<i>p</i>
Personalidad NEO-FFI	Hombres	Hombres	
Neuroticismo (N)	19.19 ± 7.93	20.06 ± 7.82	0.536
Extroversión (E)	29.98 ± 6.54	31.10 ± 6.14	0.321
Apertura (O)	28.21 ± 7.82	29.30 ± 5.57	0.353
Amabilidad (A)	31.60 ± 5.34	31.86 ± 5.40	0.783
Responsabilidad (C)	33.81 ± 7.33	32.25 ± 6.05	0.188

NEO-FFI: Versión Abreviada del Cuestionario NEO-PI-R.

2.2.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica del grupo de hombres. Grupo de casos vs. grupo control.

Los resultados de las escalas del CORE-OM, BDI y BAI, en el grupo de casos y en el grupo control de hombres, son los siguientes:

La media CORE Total sin R en el grupo de casos de hombres es de 1.41 ± 0.55 y en el grupo control de hombres es de 1.66 ± 0.42 ($F=8,671$, $p=0.004$). La media de CORE Total en el grupo de casos de hombres es de 1.22 ± 0.51 y en el grupo control de hombres es de 1.41 ± 0.39 ($F=6,415$, $p=0.012$).

La media de la escala CORE-W en el grupo de casos de hombres es de 3.81 ± 13.48 y en el grupo control de hombres es de 2.11 ± 0.52 ($F=1,254$, $p=0.265$).

La media de la escala CORE-P en el grupo de casos de hombres es de 1.00 ± 0.65 y en el grupo control de hombres es de 1.23 ± 0.66 ($F=3,581$, $p=0.061$). La media de la subescala CORE-P_{ANSIEDAD} en el grupo de casos de hombres es de 1.12 ± 0.82 y en el grupo control de hombres es de 1.18 ± 0.76 ($F=0.223$, $p=0.638$). La media de la subescala CORE-P_{DEPRESIÓN} en el grupo de casos de hombres es de 0.77 ± 0.66 y en el grupo control de hombres es de 1.09 ± 0.86 ($F=5.176$, $p=0.025$). La media de la subescala CORE-P_{TRAUMA} en el grupo de casos de hombres es de 1.25 ± 0.95 y en el grupo control de hombres es de 1.54 ± 0.76 ($F=3.990$, $p=0.048$). Y la media de la subescala CORE-P_{SÍNTOMAS FÍSICOS} de hombres en el grupo de casos es de 1.06 ± 0.84 y en el grupo control de hombres es de 1.28 ± 0.92 ($F=1.977$, $p=0.162$).

La media de la escala CORE-F en el grupo de casos de hombres es de 1.83 ± 0.36 y en el grupo control de hombres es de 1.93 ± 0.39 ($F=2,151$, $p=0.145$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES ÍNTIMAS} en el grupo de casos de hombres es de 2.89 ± 0.73 y en el grupo control de hombres es de 2.79 ± 0.70 ($F=0,699$, $p=0.405$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES SOCIALES} en el grupo de casos de hombres es

de 1.94 ± 0.55 y en el grupo control de hombres es de 2.02 ± 0.52 ($F=0.692$, $p=0.407$). Y la media de la subescala CORE-F_{OTROS} en el grupo de casos de hombres es de 0.63 ± 0.57 y en el grupo control de hombres es de 1.00 ± 0.75 ($F=9.085$, $p=0.003$).

La media de la escala CORE-R en el grupo de casos de hombres es de 0.32 ± 0.56 y en el grupo control de hombres es de 0.25 ± 0.44 ($F=0.663$, $p=0.417$). La media de la subescala CORE-R_{AUTOAGRESIÓN} en el grupo de casos de hombres es de 0.26 ± 0.55 y en el grupo control de hombres es de 0.17 ± 0.49 ($F=1.096$, $p=0.297$). Y la media de la subescala CORE-R_{AGRESIÓN A TERCEROS} en el grupo de casos de hombres es de 0.43 ± 0.67 y en el grupo control de hombres es de 0.41 ± 0.56 ($F=0.044$, $p=0.834$).

La media de la puntuación en el BDI en el grupo de casos de hombres es de 4.41 ± 6.08 y en el grupo control de hombres es de 6.70 ± 5.47 ($F=4.951$, $p=0.028$).

La media de puntuación en el BAI en el grupo de casos de hombres es de 5.98 ± 6.77 y en el grupo control de hombres es de 9.80 ± 9.76 ($F=5.792$, $p=0.018$).

Tabla 3-3

Rasgos de salud psicológica. Grupo hombres de casos vs. Grupo hombres control.

	Grupo de casos	Grupo Control	<i>p</i>
Escalas CORE-OM			
CORE Total no R	1.41±0.55	1.66±0.42	0.004
CORE Total	1.22±0.51	1.41±0.39	0.012
- Escala CORE-W	3.81±13.48	2.11±0.52	0.265
- Escala CORE-P	1.00±0.65	1.23±0.66	0.061
CORE-P _{ANSIEDAD}	1.12±0.82	1.18±0.76	0.638
CORE-P_{DEPRESIÓN}	0.77±0.66	1.09±0.86	0.025
COREP_{TRAUMA}	1.25±0.95	1.54±0.76	0.048
CORE-P _{S.F.}	1.06±0.84	1.28±0.92	0.162
- Escala CORE-F	1.83±0.36	1.93±0.39	0.145

CORE-F _{R.I.}	2.89±0.73	2.79±0.70	0.405
CORE-F _{R.S.}	1.94±0.55	2.02±0.52	0.407
CORE-F_{OTROS}	0.63±0.57	1.00±0.75	0.003
- Escala CORE-R	0.32±0.56	0.25±0.44	0.417
CORE R _{AUTO}	0.26±0.55	0.17±0.49	0.297
CORE R _{OTROS}	0.43±0.67	0.41±0.56	0.834
BDI	4.41±6.08	6.70±5.47	0.028
BAI	5.98±6.77	9.80±9.76	0.018

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento /R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos / RI= Relaciones Íntimas/R.S.=Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

2.2.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos del grupo de hombres.

Grupo de casos vs. grupo control.

En el grupo de casos de hombres, fuman un 13.00% de ellos, una media de 1.30±4.16 cigarrillos al día; no fumando un 87.00% de los mismos. En el grupo control de hombres fuman un 22.80% ($X^2=2.027$, $p=0.155$), una media de 2.00±4.50 cigarrillos al día ($F=0.835$, $p=0.362$); y no fuman un 77.20%. En el grupo de casos de hombres consumen alcohol un 57.40%, una media de 3.83±5.11 UBE a la semana, y no consumen alcohol un 42.60% de ellos. En el grupo control de hombres consumen alcohol un 73.40% ($X^2=3.714$, $p=0.054$), una media de 5.99±6.52 UBE a la semana ($F=4.146$, $p=0.044$); y no consumen alcohol un 26.60% de ellos. En el grupo de casos de hombres realizan ejercicio físico un 90.90% de ellos, una media de 3.91±1.95 días a la semana; y no realizan ejercicio físico un 9.10% de ellos. En el grupo control de hombres realizan ejercicio físico un 89.90% ($X^2=2.027$, $p=0.155$), una media de 2.90±1.79 días a la semana ($F=9.338$, $p=0.003$); y no realizan ejercicio físico un 10.10% de ellos. En el grupo de casos de hombres, consideran seguir una dieta

adecuada un 41.50% de ellos; y no lo consideran un 58.50%. En el grupo control de hombres, consideran seguir una dieta adecuada un 39.20% de ellos ($X^2=0.068$, $p=0.794$); y no lo consideran un 60.80%.

Tabla 3-4

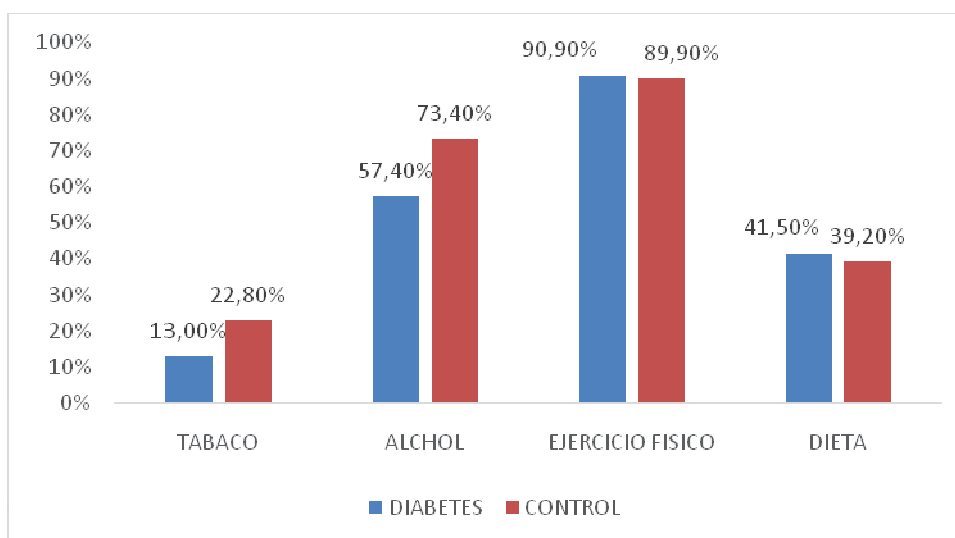
Hábitos en Hombres. Grupo de casos vs. grupo control

Hábitos	Grupo de casos Hombres	Grupo Control Hombres	<i>p</i>
% consumo tabaco	13.00%	22.80%	0.155
Cigarros /día	1.30±4.16	2.00±4.50	0.362
% consumo alcohol	57.40%	73.40%	0.054
UBE/semana	3.83±5.11	5.99±6.52	0.044
% realización EF	90.90%	89.90%	0.155
Días EF/semana	3.91±1.95	2.90±1.79	0.003
% Dieta adecuada	41.50%	39.20%	0.794

UBE= Unidad de Bebida Estándar
EF=Ejercicio Físico

Figura 1-2

Características Conductuales Hombres Dm1 vs. Hombres Control



2.3.- Análisis Descriptivo. Diferencias respecto al sexo. Mujeres.

Como ya se indicó en participantes, el grupo de mujeres está compuesto por 160 mujeres. 42 son mujeres con Dm1 y 111 son mujeres control.

2.3.1.- Datos Antropométricos del grupo de mujeres. Grupo de casos vs. grupo control

La media de edad del grupo de casos de mujeres es de 23.76 ± 6.57 años, y del grupo control de mujeres es de 21.95 ± 3.12 años ($F=5.543$, $p=0.020$). La media de peso en el grupo de casos de mujeres es de 65.65 ± 12.92 kg., y en el grupo control de mujeres es de 59.75 ± 10.13 kg ($F=9.392$, $p=0.003$). La media de altura en el grupo de casos de mujeres es de 1.64 ± 0.07 m y en el grupo control de mujeres es de 1.64 ± 0.07 m ($F= 0.108$, $p=0.742$). Por lo tanto, la media del Índice de Masa Corporal en el grupo de casos de mujeres es de 23.98 ± 5.77 , y en el grupo control de mujeres es de 22.37 ± 4.21 ($F=3.686$, $p=0.057$).

Tabla 4-1

Datos Antropométricos grupo Mujeres. Grupo de casos vs. control

	Grupo de Casos	Grupo Control	<i>p</i>
	Mujeres	Mujeres	
Edad (Años)	23.76 ± 6.57	21.95 ± 3.12	0.020
Peso (Kg)	65.65 ± 12.92	59.75 ± 10.13	0.003
Talla (m)	1.64 ± 0.07	1.64 ± 0.06	0.221
IMC (kg/m^2)	23.98 ± 5.77	22.37 ± 4.21	0.057

Kg=kilogramos

m=metros

IMC=Índice de Masa Corporal

2.3.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad del grupo de mujeres. Grupo de casos vs. grupo control

La media de Neuroticismo en el grupo de casos de mujeres es de 23.20 ± 5.72 , y en el grupo control de mujeres es de 22.05 ± 7.17 ($F=0.979$, $p=0.324$). La media de Extroversión en el grupo de casos de mujeres es de 30.82 ± 6.23 , y en el grupo control de mujeres es de 28.87 ± 6.70 ($F=2.978$, $p=0.086$). La media de Apertura a la Experiencia en el grupo de casos de mujeres es de 29.55 ± 5.11 , y en el grupo control de mujeres es de 29.82 ± 7.77 ($F=0.049$, $p=0.826$). La media de Amabilidad en el grupo de casos de mujeres es de 33.02 ± 5.79 , y en el grupo control de mujeres es de 32.44 ± 5.96 ($F=0.331$, $p=0.566$). La media de Responsabilidad en el grupo de casos de mujeres es de 35.78 ± 6.32 , y en el grupo control de mujeres es de 33.93 ± 6.26 ($F=2.938$, $p=0.088$).

Tabla 4-2

Rasgos de Personalidad en Mujeres. Grupo de casos vs. Grupo Control

Rasgos	de Grupo de casos	Grupo control	<i>p</i>
Personalidad NEO-FFI	Mujeres	Mujeres	
Neuroticismo (N)	23.20 ± 5.72	22.05 ± 7.17	0.324
Extroversión (E)	30.82 ± 6.23	28.87 ± 6.70	0.086
Apertura (O)	29.55 ± 5.11	29.82 ± 7.77	0.826
Amabilidad (A)	33.02 ± 5.79	32.44 ± 5.96	0.566
Responsabilidad (C)	35.78 ± 6.32	33.93 ± 6.26	0.088

NEO-FFI: Versión Abreviada del Cuestionario NEO-PI-R.

2.2.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica del grupo de mujeres. Grupo de casos vs. Grupo control

Los resultados del cuestionario CORE-OM, BDI y BAI en el grupo de casos y grupo control de mujeres son los siguientes:

La media CORE Total sin R en el grupo de casos de mujeres es de 1.62 ± 0.51 y en el grupo control de mujeres es de 1.63 ± 0.45 ($F=0,013$, $p =0.909$). La media de CORE Total en el grupo de casos de mujeres es de 1.38 ± 0.46 y en el grupo control de mujeres es de 1.38 ± 0.40 ($F=0,000$, $p =0.997$).

La media de la escala CORE-W en el grupo de casos de mujeres es de 2.19 ± 0.50 y en el grupo control de mujeres es de 2.16 ± 0.65 ($F=0,079$, $p =0.779$).

La media de la escala CORE-P en el grupo de casos de mujeres es de 1.19 ± 0.70 y en el grupo control de mujeres es de 1.23 ± 0.65 ($F=0,134$, $p=0.715$). La media de la subescala CORE-P_{ANSIEDAD} en el grupo de casos de mujeres es de 1.27 ± 0.73 y en el grupo control de mujeres es de 1.35 ± 0.75 ($F=0,475$, $p =0.492$). La media de la subescala CORE-P_{DEPRESIÓN} en el grupo de casos de mujeres es de 0.97 ± 0.78 y en el grupo control de mujeres es de 0.97 ± 0.77 ($F=0,000$, $p =0.997$). La media de la subescala CORE-P_{TRAUMA} en el grupo de casos de mujeres es de 1.56 ± 0.98 y en el grupo control de mujeres es de 1.48 ± 1.02 ($F=0,240$, $p=0.625$). La media de la subescala CORE-P_{SÍNTOMAS FÍSICOS} en el grupo de casos de mujeres es de 1.02 ± 0.97 y en el grupo control de mujeres es de 1.24 ± 0.94 ($F=1,710$, $p =0.193$).

La media de la escala CORE-F en el grupo de casos de mujeres es de 1.92 ± 0.47 y en el grupo control de mujeres es de 1.93 ± 0.35 ($F=0.022$, $p=0.883$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES ÍNTIMAS} en el grupo de casos de mujeres es de 2.86 ± 0.53 y en el grupo control de mujeres es de 2.73 ± 0.68 ($F=1,234$, $p=0.268$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES SOCIALES} en el grupo de casos de mujeres es de

2.19±0.63 y en el grupo control de mujeres es de 2.14±0.43 ($F=0.321$, $p =0.572$). La media de la subescala CORE-F_{OTROS} en el grupo de casos de mujeres es de 0.89±0.69 y en el grupo control de mujeres es de 0.83±0.64 ($F=0.248$, $p =0.619$).

Y la media de la escala CORE-R en el grupo de casos de mujeres es de 0.25±0.49 y en el grupo control de mujeres es de 0.21±0.40 ($F=0.337$, $p =0.562$). La media de la subescala CORE-R_{AUTOAGRESIÓN} en el grupo de casos de mujeres es de 0.20±0.50 y en el grupo control de mujeres es de 0.15±0.39 ($F=0.436$, $p=0.510$). Y la media de la subescala CORE-R_{AGRESIÓN A TERCEROS} en el grupo de casos de mujeres es de 0.32±0.59 y en el grupo control de mujeres es de 0.31±0.62 ($F=0.022$, $p =0.883$).

La media de la puntuación en el BDI en el grupo de casos de mujeres es de 7.41±7.55 y en el grupo control de mujeres es de 6.84±6.20 ($F=0.246$, $p =0.621$).

La media de puntuación en el BAI en el grupo de casos de mujeres es de 10.22±9.30 y en el grupo control de mujeres es de 9.80±9.25 ($F=0.066$, $p =0.797$).

Tabla 4-3

Rasgos de salud psicológica mujeres. Grupo de casos vs. Grupo control.

	Grupo de casos	Grupo Control	<i>p</i>
Escalas CORE-OM			
CORE Total no R	1.62±0.51	1.63±0.45	0.909
CORE Total	1.38±0.46	1.38±0.40	0.997
- Escala CORE-W	2.19±0.50	2.16±0.65	0.779
- Escala CORE-P	1.19±0.70	1.23±0.65	0.715
CORE-P _{ANSIEDAD}	1.27±0.73	1.35±0.75	0.492
CORE-P _{DEPRESIÓN}	0.97±0.78	0.97±0.77	0.997
COREP _{TRAUMA}	1.56±0.98	1.48±1.02	0.625
CORE-P _{S.F.}	1.02±0.97	1.24±0.94	0.193
- Escala CORE-F	1.92±0.47	1.93±0.35	0.883

CORE-F _{R.I.}	2.86±0.53	2.73±0.68	0.268
CORE-F _{R.S.}	2.19±0.63	2.14±0.43	0.572
CORE-F _{OTROS}	0.89±0.69	0.83±0.64	0.619
- Escala CORE-R	0.25±0.49	0.21±0.40	0.562
CORE R _{AUTO}	0.20±0.50	0.15±0.39	0.510
CORE R _{OTROS}	0.32±0.59	0.31±0.62	0.883
BDI	7.41±7.55	6.84±6.20	0.621
BAI	10.22±9.30	9.80±9.25	0.797

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento /R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos / RI= Relaciones Íntimas/R.S.=Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

2.3.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos del grupo de mujeres.

Grupo de casos vs. grupo control.

En el grupo de casos de mujeres fuman un 27.10%, una media de 2.04±4.02 cigarros al día; y no fuman un 72.9% de ellas. En el grupo control de mujeres fuman un 20.70% ($X^2=0.775$, $p=0.379$), una media de 1.28±3.21 cigarros al día ($F=1.613$, $p=0.206$); y no fuman un 79.30% de ellas. En el grupo de casos de mujeres, consumen alcohol un 25% de ellas, una media de 0.85±1.68 UBE a la semana; y no consumen alcohol un 75% de ellas. En el grupo control de mujeres consumen alcohol un 59.50% de ellas ($X^2=15.922$, $p<0.001$), una media de 4.17±5.70 UBE a la semana ($F=15.782$, $p<0.001$); y no consumen alcohol un 40.50% de ellas. En el grupo de casos de mujeres realizan ejercicio físico un 89.80%, una media de 5.06±13.98 días a la semana; y no realizan ejercicio físico un 10.2% de ellas. En el grupo control de mujeres realizan ejercicio físico un 82.00% ($X^2=1.574$, $p=0.210$) de ellas, una media de 2.22±1.81 días a la semana ($F=4.114$, $p=0.044$); y no realizan ejercicio físico un

18.00% de ellas. En el grupo de casos de mujeres consideran que siguen una dieta correcta un 35.40%; y no creen que sigan una dieta correcta un 64.60% de ellas. En el grupo control de mujeres consideran que siguen una dieta correcta un 38.70% ($X^2=0.157, p=0.692$); y no creen que sigan una dieta correcta un 61.30% de ellas.

Tabla 4-4

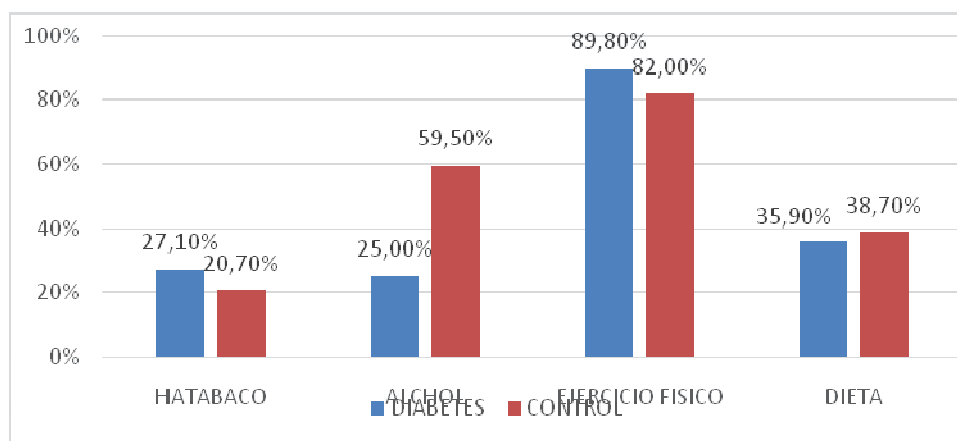
Hábitos en Mujeres. Grupo de casos vs. grupo control

Hábitos	Grupo de casos Mujeres	Grupo Control Mujeres	<i>p</i>
% consumo tabaco	27.10%	20.70%	0.379
Cigarros /día	2.04±4.02	1.28±3.21	0.206
% consumo alcohol	25.00%	59.50%	<0.001
UBES/semana	0.85±1.68	4.17±5.70	<0.001
% Dieta adecuada	35.40%	38.70%	0.692
% realización EF	89.80%	82.00%	0.210
Días EF/semana	5.06±13.98	2.22±1.81	0.044

UBE= Unidad de Bebida Estándar
EF=Ejercicio Físico.

Figura 1-3

Características Conductuales Mujeres Dml vs. Mujeres Control



2.4.-Datos descriptivos. Comparación Grupo de Hombres con Dm1 y Grupo de Mujeres con Dm1.

2.4.1.- Datos antropométricos. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

Los hombres con Dm1 tienen una media de edad de 23.35 ± 5.72 años y las mujeres con Dm1 una media de edad de 23.84 ± 6.60 ($F=0.165$, $p=0.685$). La media de peso de ellos es de 73.68 ± 11.45 kg y la media de peso de ellas es de 65.65 ± 12.92 kg ($F=10.635$, $p=0.002$). La media de talla de ellos es de 1.77 ± 0.06 m y la media de talla de ellas es de 1.64 ± 0.07 m ($F=92.794$, $p=<0.001$). Por lo tanto, el Índice de Masa Corporal de los hombres tiene una media de 24.01 ± 4.00 Kg/m²; y el de las mujeres tiene una media de 24.36 ± 4.79 Kg/m² ($F=0.151$, $p=0.698$).

Tabla 5-1

Datos antropométricos. Grupo Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1

	Hombres con Dm1	Mujeres con Dm1	<i>p</i>
Edad (Años)	23.35 ± 5.72	23.84 ± 6.60	0.685
Peso (Kg)	73.68 ± 11.45	65.65 ± 12.92	0.002
Talla (m)	1.77 ± 0.06	1.64 ± 0.07	<0.001
IMC (kg/m ²)	24.01 ± 4.00	24.36 ± 4.79	0.698

Kg=Kilogramos

m=metros

IMC=Índice de Masa Corporal

2.4.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

La media de Neuroticismo en los hombres con Dm1 es de 19.19 ± 7.93 ; y en las mujeres con Dm1 es de 23.20 ± 5.72 ($F=8.413$, $p=0.005$). La media de Extroversión en hombres con Dm1 es de 29.98 ± 6.54 ; y en las mujeres con Dm1 es de 30.82 ± 6.23 ($F=0.431$, $p=0.513$). La media de Apertura a la Experiencia en hombres con Dm1 es

de 28.21 ± 7.82 ; y en las mujeres con Dm1 es de 29.55 ± 5.11 ($F=1.025$, $p=0.314$). La media de Amabilidad en hombres con Dm1 es de 31.60 ± 5.34 ; y en las mujeres con Dm1 es de 33.02 ± 5.79 ($F=1.655$, $p=0.201$). La media de Responsabilidad en hombres con Dm1 es de 33.81 ± 7.33 ; y en las mujeres con Dm1 es de 35.78 ± 6.32 ($F=2.078$, $p=0.153$).

Tabla 5-2

Rasgos de Personalidad. Comparación. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1

Rasgos de Personalidad NEO-FFI	Hombres con Dm1	Mujeres con Dm1	<i>p</i>
Neuroticismo (N)	19.19±7.93	23.20±5.72	0.005
Extroversión (E)	29.98±6.54	30.82±6.23	0.513
Apertura (O)	28.21±7.82	29.55±5.11	0.314
Amabilidad (A)	31.60±5.34	33.02±5.79	0.201
Responsabilidad (C)	33.81±7.33	35.78±6.32	0.153

NEO-FFI: Versión Abreviada del Cuestionario NEO-PI-R.

2.4.3.-Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica.

Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

La media de las escalas del cuestionario CORE-OM, BDI y BAI en el grupo de hombres y mujeres con Dm1, son los siguientes:

La media CORE Total sin R en el grupo de casos de hombres es de 1.41 ± 0.55 y en el grupo de casos de mujeres es de 1.62 ± 0.51 ($F=3,889$, $p=0.051$). La media de CORE Total en el grupo de casos de hombres es de 1.22 ± 0.51 y en el grupo de casos de mujeres es de 1.38 ± 0.47 ($F=2,721$, $p=0.102$).

La media de la escala CORE-W en el grupo de casos de hombres es de 3.81 ± 13.48 y en el grupo de casos de mujeres es de 2.19 ± 0.50 ($F=0,681$, $p=0.411$).

La media de la escala CORE-P en el grupo de casos de hombres es de 1.00 ± 0.65 y en el grupo de casos de mujeres es de 1.19 ± 0.70 ($F=1.919$, $p=0.169$). La media de la subescala CORE-P_{ANSIEDAD} en el grupo de casos de hombres es de 1.12 ± 0.82 y en el grupo de casos de mujeres es de 1.27 ± 0.73 ($F=0.914$, $p=0.341$). La media de la subescala CORE-P_{DEPRESIÓN} en el grupo de casos de hombres es de 0.77 ± 0.66 y en el grupo de casos de mujeres es de 0.97 ± 0.78 ($F=2.056$, $p=0.155$). La media de la subescala CORE-P_{TRAUMA} en el grupo de casos de hombres es de 1.25 ± 0.95 y en el grupo de casos de mujeres es de 1.56 ± 0.98 ($F=2.709$, $p=0.103$). Y la media de la subescala CORE-P_{SÍNTOMAS FÍSICOS} de hombres en el grupo de casos es de 1.06 ± 0.84 y en el grupo de casos de mujeres es de 1.02 ± 0.97 ($F=0.040$, $p=0.842$).

La media de la escala CORE-F en el grupo de casos de hombres es de 1.83 ± 0.36 y en el grupo de casos de mujeres es de 1.92 ± 0.47 ($F=1.155$, $p=0.285$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES ÍNTIMAS} en el grupo de casos de hombres es de 2.89 ± 0.73 y en el grupo de casos de mujeres es de 2.85 ± 0.53 ($F=0.072$, $p=0.788$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES SOCIALES} en el grupo de casos de hombres es de 1.94 ± 0.55 y en el grupo de casos de mujeres es de 2.19 ± 0.63 ($F=4.495$, $p=0.037$). Y la media de la subescala CORE-F_{TROS} en el grupo de casos de hombres es de 0.63 ± 0.57 y en el grupo de casos de mujeres es de 0.89 ± 0.69 ($F=4.083$, $p=0.046$).

La media de la escala CORE-R en el grupo de casos de hombres es de 0.32 ± 0.56 y en el grupo de casos de mujeres es de 0.25 ± 0.49 ($F=0.461$, $p=0.499$). La media de la subescala CORE-R_{AUTOAGRESIÓN} en el grupo de casos de hombres es de 0.26 ± 0.55 y en el grupo de casos de mujeres es de 0.20 ± 0.50 ($F=0.345$, $p=0.558$). Y la media de la subescala CORE-R_{AGRESIÓN A TERCEROS} en el grupo de casos de hombres es de 0.43 ± 0.67 y en el grupo de casos de mujeres es de 0.32 ± 0.59 ($F=0.773$, $p=0.381$).

La media de la puntuación en el BDI en el grupo de casos de hombres es de 4.41 ± 6.08 y en el grupo de casos de mujeres es de 7.41 ± 7.55 ($F=4,687$, $p=0.033$).

La media de puntuación en el BAI en el grupo de casos de hombres es de 5.98 ± 6.77 y en el grupo de casos de mujeres es de 10.22 ± 9.30 ($F=6,596$, $p=0.012$).

Tabla 5-3

Factores de salud psicológica. Comparación Hombres con Dm1 vs. Mujer con Dm1.

	Hombres Dm1	Mujeres Dm1	<i>p</i>
Escalas CORE-OM			
CORE Total no R	1.41±0.55	1.62±0.51	0.051
CORE Total	1.22±0.51	1.38±0.47	0.102
- Escala CORE-W	3.81±13.48	2.19±0.50	0.411
- Escala CORE-P	1.00±0.65	1.19±0.70	0.169
CORE-P _{ANSIEDAD}	1.12±0.82	1.27±0.73	0.341
CORE-P _{DEPRESIÓN}	0.77±0.66	0.97±0.78	0.155
COREP _{TRAUMA}	1.25±0.95	1.56±0.98	0.103
CORE-P _{S.F.}	1.06±0.84	1.02±0.97	0.842
- Escala CORE-F	1.83±0.36	1.92±0.47	0.285
CORE-F _{R.I.}	2.89±0.73	2.85±0.53	0.788
CORE-F_{R.S.}	1.94±0.55	2.19±0.63	0.037
CORE-F_{OTROS}	0.63±0.57	0.89±0.69	0.046
- Escala CORE-R	0.32±0.56	0.25±0.49	0.499
CORE R _{AUTO}	0.26±0.55	0.20±0.50	0.558
CORE R _{OTROS}	0.43±0.67	0.32±0.59	0.381
BDI	4.41±6.08	7.41±7.55	0.033
BAI	5.98±6.77	10.22±9.30	0.012

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento /R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos / RI= Relaciones Íntimas/R.S.=Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

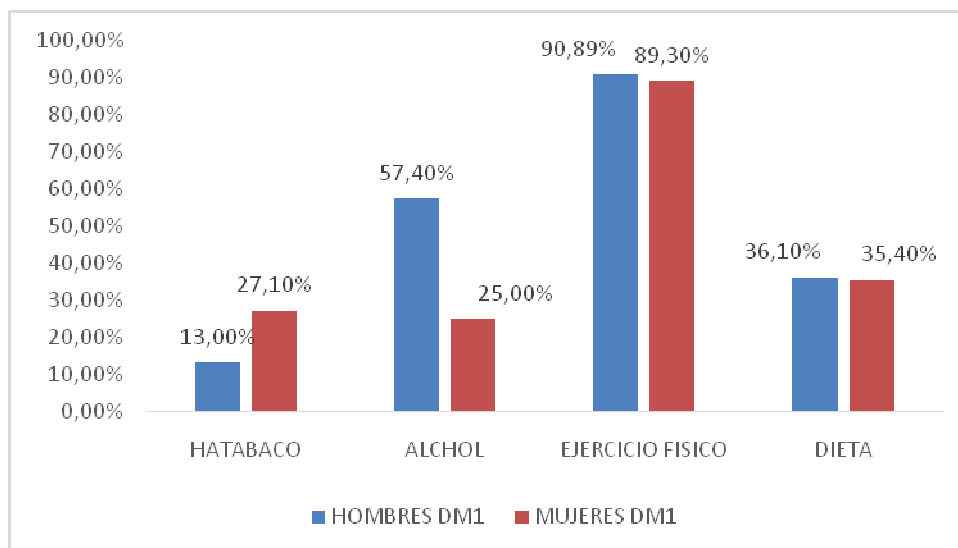
2.4.4.-Datos descriptivos relacionados con los hábitos. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

De los hombres con Dm1, fuman un 12.70%, una media de 1.27 ± 4.12 cigarros al día; y no fuman un 87.30% de ellos. Y de las mujeres con Dm1 fuman un 27.10% ($X^2=3.376$, $p=0.066$), una media de 2.04 ± 4.02 cigarros al día ($F=0.913$, $p=0.342$); y no fuman un 72.90% de ellas. De los hombres con Dm1 consumen alcohol un 58.20%, una media de 3.89 ± 1.94 UBE por semana; y no consumen alcohol un 41.80% de ellos. Y de las mujeres con Dm1 consumen alcohol un 25.00% ($X^2=11.533$, $p=0.001$), una media de 3.08 ± 1.92 UBE por semana ($F=15.344$, $p<0.001$); y no consumen alcohol un 75.00% de ellas. De los hombres con Dm1, un 92.70% realizan ejercicio físico, una media de 3.91 ± 1.95 días por semana; y no realizan ejercicio físico un 7.30% de ellos. Y de las mujeres con Dm1 realizan ejercicio físico un 89.80% ($X^2=0.282$, $p=0.596$), una media de 3.08 ± 1.92 días por semana ($F=4.421$, $p=0.038$); y no realizan ejercicio físico un 10.20% de ellas. De los hombres con Dm1 un 42.60% estiman seguir una dieta adecuada; y no creen seguir una dieta correcta un 57.40% de ellos. Y de las mujeres con Dm1, lo estiman un 35.40% ($X^2=0.549$, $p=0.459$); y no creen seguir una dieta correcta un 64.60% de ellas.

Tabla 5-4*Hábitos en Grupo de Casos. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1*

Hábitos	Hombres con Dm1	Mujeres con Dm1	<i>p</i>
% consumo tabaco	13.00%	27.10%	0.073
Cigarros /día	1.30±4.16	2.04±4.62	0.392
% consumo alcohol	57.40%	25.00%	0.001
UBE/semana	3.83±5.11	0.85±1.68	<0.001
% Realización EF	90.90%	89.30%	0.848
Días EF/semana	3.91±1.95	3.08±1.92	0.186
% Dieta adecuada	36.10%	35.40%	0.530

UBES= Unidad de Bebida Estándar
 EF=Ejercicio Físico

Figura 1-4*Características Conductuales. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.*

2.4.5.- Diferencias respecto al sexo en los datos descriptivos, relacionados con la enfermedad

Los hombres con Dm1 llevan una media de 10.72 ± 6.95 años con la enfermedad; y las mujeres con Dm1 llevan una media de 10.98 ± 5.40 años con la enfermedad ($F=0.043$, $p=0.837$). Un 32.70% de los hombres presentan adecuadas pautas conductuales de adherencia al autocuidado de la Dm1, y en las mujeres es un 36.70% las que presentan adecuadas pautas al autocuidado ($p=0.668$). La media del nivel de HbA_{1C} es de 7.39 ± 1.18 en los hombres y de 7.21 ± 0.87 en las mujeres ($F=0.640$, $p=0.426$). En los hombres, un 62.80% muestran valores indicadores de un mal control (un valor $\geq 7\%$), teniendo un buen control un 37.2% de ellos. Y en las mujeres es un 61.53% de ellas las que muestran valores indicativos de un mal control ($F=0.014$, $p=0.907$), teniendo buen control un 38.47% de ellas. Los hombres monitorizan los niveles de glucosa una media de 4.76 ± 1.95 veces al día y las mujeres lo hacen una media de 5.20 ± 1.80 veces al día ($F=1.340$, $p=0.250$). Los hombres administran insulina una media de 4.98 ± 3.29 veces al día y las mujeres lo hacen una media de 4.91 ± 1.43 veces al día ($F=0.017$, $p=0.898$). De los hombres indican haber sufrido muchas hipoglucemias un 43.80% de ellos y en las mujeres lo indican un 34.15% de ellas ($X^2=0.855$, $p=0.355$). Así, no han sufrido muchas hipoglucemias un 56.30% de ellos y un 65.90% de ellas. De los hombres afirman haber recibido educación diabetológica un 96.30%, no habiéndola recibido un 3.70% de ellos; y en las mujeres afirman haber recibido educación diabetológica un 95.70% de ellas ($X^2= 0.020$, $p=0.887$), no habiéndola recibido un 4.30% de ellas. De los hombres estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad un 56.60%; y de las mujeres un 69.60% ($X^2=1.768$, $p=0.184$). Así, de ellos, un 43.40% no creen tener un conocimiento

adecuado de la enfermedad; y de ellas, un 30.40% no creen tener un conocimiento adecuado de la enfermedad.

Tabla 5-5

Datos relacionados con la enfermedad. Comparación Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1.

Datos relacionados con la enfermedad	Hombres con Dm1	Mujeres con Dm1	<i>p</i>
- Duración de la enfermedad	10.72±6.95	10.98±5.40	0.837
- % Adherencia	32.7%	36.7%	0.668
- Nivel HbA _{1c}	7.39±1.18	7.21±0.87	0.426
- % Mal control (≥ 7% de HbA _{1c})	62.80	61.50	0.907
- Veces Monitorización Glucosa	4.76±1.95	5.20±1.80	0.250
- Veces administración de insulina	4.98±3.29	4.91±1.43	0.898
- % de muchas hipoglucemias	43.80%	34.10%	0.355
- Educación Diabetológica	96.30%	95.70%	0.887
- Conocimiento de la enfermedad	56.60%	69.60%	0.184

2.5.- Diferencias respecto a la edad. Comparación Grupo de jóvenes (≤ 21 años) y Grupo de adultos (≥ 22 años).

2.5.1- Jóvenes (≤ 21 años)

Como se indicó en el apartado participantes, el grupo de jóvenes está formado por 140 participantes. 42 tienen diagnóstico de Dm1 y 98 forman parte del grupo control.

2.5.1.1.- Datos Antropométricos del grupo de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. grupo control

La media de edad de los jóvenes con Dm1 es de 17.67 ± 1.96 años; y en el grupo control de jóvenes es de 19.86 ± 1.69 años ($F=44,718$, $p < 0.001$). La media de peso del grupo de casos de jóvenes es de 66.90 ± 13.16 kg; y en el grupo control de jóvenes es de 65.90 ± 12.71 kg ($F=0.175$, $p=0.676$). La media de talla en el grupo de casos de jóvenes es de 1.70 ± 0.09 m; y en el grupo control de jóvenes es de 1.70 ± 0.09 m ($F=0.033$, $p=0.857$). Por lo tanto, el Índice de Masa Corporal del grupo de jóvenes con Dm1 es de 23.44 ± 4.84 kg/m²; y en el grupo control de jóvenes es de 22.89 ± 4.34 kg/m² ($F=0.407$, $p=0.525$).

Tabla 6-1

Datos Antropométricos jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. Grupo control

	Grupo de casos ≤ 21 años	Grupo Control ≤ 21 años	<i>p</i>
Edad (Años)	17.67 ± 1.96	19.86 ± 1.69	< 0.001
Peso (Kg)	66.90 ± 13.16	65.90 ± 12.71	0.676
Talla (m)	1.70 ± 0.09	1.70 ± 0.09	0.857
IMC (kg/m ²)	23.44 ± 4.84	22.89 ± 4.34	0.525

Kg=Kilogramos

m=metros

IMC=Índice de Masa Corporal

2.5.1.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad del grupo de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. grupo control

La media de Neuroticismo en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 22.78 ± 7.34 ; y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 22.65 ± 7.07 ($F=0.009$, $p=0.924$). La media de Extroversión en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 29.17 ± 6.17 ; y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 29.48 ± 6.51 ($F=0.067$, $p=0.796$). La media de Apertura a la Experiencia en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 29.02 ± 5.53 ; y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 29.90 ± 6.37 ($F=0.586$, $p=0.445$). La media de Amabilidad en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 32.20 ± 5.68 ; y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 32.13 ± 5.64 ($F=0.004$, $p=0.953$). La media de Responsabilidad en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 33.41 ± 7.17 ; y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 32.76 ± 6.07 ($F=0.306$, $p=0.581$).

Tabla 6-2

Rasgos de Personalidad en jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. Grupo Control

Rasgos	de	Grupo de casos	Grupo control	<i>p</i>
Personalidad-NEO-FFI		≤ 21 años	≤ 21 años	
Neuroticismo (N)		22.78 ± 7.34	22.65 ± 7.07	0.924
Extroversión (E)		29.17 ± 6.17	29.48 ± 6.51	0.796
Apertura (O)		29.02 ± 5.53	29.90 ± 6.37	0.445
Amabilidad (A)		32.20 ± 5.68	32.13 ± 5.64	0.953
Responsabilidad (C)		33.41 ± 7.17	32.76 ± 6.07	0.581

NEO-FFI: Versión Abreviada del Cuestionario NEO-PI-R.

2.5.1.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica del grupo de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. grupo control

La media de las escalas del cuestionario CORE-OM, BDI y BAI en el grupo de jóvenes (≤ 21 años), comparando el grupo de casos y el grupo control, son los siguientes:

La media CORE Total sin R en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.63 ± 0.58 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.72 ± 0.41 ($F=1,152$, $p=0.285$). La media de CORE Total en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.40 ± 0.54 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.46 ± 0.36 ($F=0,572$, $p=0.451$).

La media de la escala CORE-W en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 2.23 ± 0.71 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 2.21 ± 0.58 ($F=0.021$, $p=0.884$).

La media de la escala CORE-P en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.18 ± 0.72 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.36 ± 0.64 ($F=2.102$, $p=0.149$). La media de la subescala CORE-P_{ANSIEDAD} en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.31 ± 0.81 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.41 ± 0.73 ($F=0.519$, $p=0.472$). La media de la subescala CORE-P_{DEPRESIÓN} en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.96 ± 0.75 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.12 ± 0.88 ($F=0.968$, $p=0.327$). La media de la subescala CORE-P_{TRAUMA} en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.57 ± 1.07 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.62 ± 0.94 ($F=0.077$, $p=0.782$). Y la media de la subescala CORE-P_{SÍNTOMAS FÍSICOS} de jóvenes (≤ 21 años) en el grupo de casos es de 1.01 ± 0.87 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.48 ± 0.88 ($F=8.131$, $p=0.005$).

La media de la escala CORE-F en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.95 ± 0.51 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 1.92 ± 0.37 ($F=0.138$, $p=0.711$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES ÍNTIMAS} en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 2.84 ± 0.53 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 2.73 ± 0.64 ($F=1.046$, $p=0.308$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES SOCIALES} en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 2.15 ± 0.72 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 2.11 ± 0.52 ($F=0.186$, $p=0.667$). Y la media de la subescala CORE-F_{TROTOS} en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.90 ± 0.64 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.92 ± 0.73 ($F=0.013$, $p=0.908$).

La media de la escala CORE-R en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.33 ± 0.60 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.23 ± 0.40 ($F=1.459$, $p=0.229$). La media de la subescala CORE-R_{AUTOAGRESIÓN} en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.27 ± 0.62 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.15 ± 0.39 ($F=1.861$, $p=0.175$). Y la media de la subescala CORE-R_{AGRESIÓN A TERCEROS} en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.44 ± 0.68 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 0.38 ± 0.63 ($F=0.262$, $p=0.610$).

La media de la puntuación en el BDI en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 6.95 ± 8.41 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 7.36 ± 6.00 ($F=0.103$, $p=0.749$).

La media de puntuación en el BAI en el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) es de 9.25 ± 8.77 y en el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) es de 11.84 ± 9.89 ($F=2.063$, $p=0.153$).

Tabla 6-3*Rasgos de salud psicológica jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. Grupo control.*

	Grupo de casos ≤ 21 años	Grupo Control ≤ 21 años	<i>p</i>
Escalas CORE-OM			
CORE Total no R	1.63±0.58	1.72±0.41	0.285
CORE Total	1.40±0.54	1.46±0.36	0.451
- Escala CORE-W	2.23±0.71	2.21±0.58	0.884
- Escala CORE-P	1.18±0.72	1.36±0.64	0.149
CORE-P _{ANSIEDAD}	1.31±0.81	1.41±0.73	0.472
CORE-P _{DEPRESIÓN}	0.96±0.75	1.12±0.88	0.327
COREP _{TRAUMA}	1.57±1.07	1.62±0.94	0.782
CORE-P_{S.F.}	1.01±0.87	1.48±0.88	0.005
- Escala CORE-F	1.95±0.51	1.92±0.37	0.711
CORE-F _{R.I.}	2.84±0.53	2.73±0.64	0.308
CORE-F _{R.S.}	2.15±0.72	2.11±0.52	0.667
CORE-F _{OTROS}	0.90±0.64	0.92±0.73	0.908
- Escala CORE-R	0.33±0.60	0.23±0.40	0.229
CORE R _{AUTO}	0.27±0.62	0.15±0.39	0.175
CORE R _{OTROS}	0.44±0.68	.038±0.63	0.610
BDI	6.95±8.41	7.36±6.00	0.749
BAI	9.25±8.77	11.84±9.89	0.153

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento /R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos / RI= Relaciones Íntimas/R.S.=Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

2.5.1.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos del grupo de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. grupo control.

En el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) fuman un 7.30% de ellos, una media de 0.24 ± 0.94 cigarros al día; y no fuman un 92.70% de ellos. En el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) fuman un 15.30% de ellos ($X^2=1.637$, $p=0.201$), una media de 0.92 ± 2.62 cigarros al día ($F=2.563$, $p=0.112$), y no fuman un 84.70% de ellos. En el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) consumen alcohol un 22.00% de ellos, una media de 1.41 ± 3.33 UBE a la semana; y no consumen alcohol un 78.00% de ellos. En el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) consumen alcohol un 62.20% de ellos ($X^2=18.774$, $p<0.001$), una media de 4.49 ± 5.13 UBE a la semana ($F=12.515$, $p=0.001$); y no consumen alcohol un 37.80% de ellos. En el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años) realizan ejercicio físico un 88.10% de ellos, una media de 3.10 ± 1.87 días a la semana; y no realizan ejercicio físico un 11.90% de ellos. En el grupo control de jóvenes (≤ 21 años) realizan ejercicio físico un 91.80% de ellos ($X^2=0.489$, $p=0.485$), una media de 2.50 ± 1.85 días a la semana ($F=2.984$, $p=0.086$); y no realizan ejercicio físico un 8.20% de ellos. En el grupo de casos de jóvenes (≤ 21 años), un 29.30% de ellos considera llevar una dieta adecuada; no considerándolo un 70.70% de ellos. En el grupo control de jóvenes (≤ 21 años), un 37.80% de ellos considera llevar una dieta adecuada ($X^2=0.912$, $p=0.340$); no considerándolo un 62.20% de ellos.

Tabla 6-4

Características Conductuales de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de Casos vs. grupo control

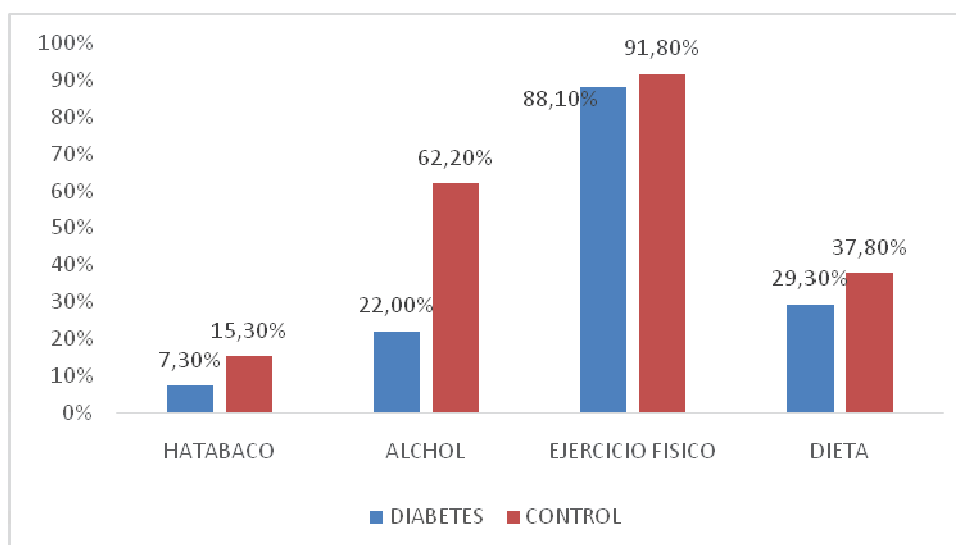
Hábitos	Grupo de Casos ≤ 21 años	Grupo Control ≤ 21 años	<i>p</i>
% consumo tabaco	7.30%	15.30%	0.201
Cigarros /día	0.24 \pm 0.94	0.92 \pm 2.62	0.112
% consumo alcohol	22.00%	62.20%	<0.001
UBE/semana	1.41\pm3.33	4.49\pm5.13	0.001
% Realización EF	88.10%	91.80%	0.485
Días EF/semana	3.10 \pm 1.87	2.50 \pm 1.85	0.086
% Dieta adecuada	29.30%	37.80%	0.340

UBE= Unidad de Bebida Estándar

EF=Ejercicio Físico

Figura 1.5

Características Conductuales. Jóvenes con DmI vs. Jóvenes Control.



2.5.2.- Adultos (\geq de 22 años)

Como se indicó en el apartado participantes, el grupo de adultos está formado por 154 participantes. 62 tienen diagnóstico de Dm1 y 92 forman parte del grupo control.

2.5.2.1.- Datos Antropométricos del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de casos vs. grupo control

La media de edad del grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 27.52 ± 4.53 años, y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 24.67 ± 3.37 años ($F=19.915$, $p < 0.001$). La media de peso en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 72.03 ± 12.13 kg y en grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 69.02 ± 15.71 kg ($F=1.499$, $p=0.223$). La media de talla en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 1.71 ± 0.09 m, y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 1.71 ± 0.10 m ($F=181$, $p=0.671$). Por lo tanto, la media del Índice de Masa Corporal en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 24.02 ± 5.73 kg/m²; y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 23.54 ± 3.76 kg/m² ($F=0.369$, $p=0.545$).

Tabla 7-1

Datos Antropométricos del grupo de \geq de 22 años. Grupo de Casos vs. control

	Grupo de Casos	Grupo Control	P
	\geq de 22 años	\geq de 22 años	
Edad (Años)	27.52 \pm 4.53	24.67 \pm 3.37	<0.001
Peso (Kg)	72.03 \pm 12.13	69.02 \pm 15.71	0.223
Talla (m)	1.71 \pm 0.09	1.71 \pm 0.10	0.671
IMC	24.02 \pm 5.73	23.54 \pm 3.76	0.545

Kg=Kilogramos
m=metros
IMC=Índice de Masa Corporal

2.5.2.2.-Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de casos vs. grupo control.

La media de Neuroticismo en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 20.02 ± 6.94 ; y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 19.68 ± 7.67 ($F=0.075$, $p=0.785$). La media de Extroversión en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 31.22 ± 6.43 ; y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 30.15 ± 6.60 ($F=957$, $p=0.329$). La media de Apertura a la Experiencia en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 28.75 ± 7.36 ; y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 29.29 ± 7.50 ($F=0.187$, $p=0.666$). La media de Amabilidad en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 32.35 ± 5.56 ; y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 32.26 ± 5.85 ($F=0.008$, $p=0.928$). La media de Responsabilidad en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 35.68 ± 6.60 ; y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 33.74 ± 6.36 ($F=3.289$, $p=0.072$).

Tabla 7-2

Rasgos de Personalidad del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de casos vs.

Grupo Control

Rasgos de Personalidad-	<i>Grupo de Casos</i>	<i>Grupo control</i>	<i>p</i>
NEO-FFI	\geq de 22 años	\geq de 22 años	
Neuroticismo (N)	20.02 ± 6.94	19.68 ± 7.67	0.785
Extroversión (E)	31.22 ± 6.43	30.15 ± 6.60	0.329
Apertura (O)	28.75 ± 7.36	29.29 ± 7.50	0.666
Amabilidad (A)	32.35 ± 5.56	32.26 ± 5.85	0.928
Responsabilidad (C)	35.68 ± 6.60	33.74 ± 6.36	0.072

NEO-FFI: Versión Abreviada del Cuestionario NEO-PI-R.

2.5.2.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de casos vs. grupo control.

La media de las escalas de los cuestionarios CORE-OM, BDI y BAI en el grupo de adultos (\geq de 22 años), comparando el grupo de casos y el grupo control, son los siguientes:

La media CORE Total sin R en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 1.43 ± 0.49 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 1.56 ± 0.45 ($F=2,655$, $p=0.105$). La media de CORE Total en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 1.22 ± 0.45 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 1.32 ± 0.41 ($F=2,013$, $p=0.158$).

La media de la escala CORE-W en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 3.59 ± 12.67 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 2.06 ± 0.61 ($F=1,323$, $p=0.252$).

La media de la escala CORE-P en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 1.03 ± 0.65 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 1.09 ± 0.65 ($F=0.257$, $p=0.613$). La media de la subescala CORE-P_{ANSIEDAD} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 1.10 ± 0.74 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 1.14 ± 0.76 ($F=0.089$, $p=0.766$). La media de la subescala CORE-P_{DEPRESIÓN} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 0.80 ± 0.70 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 0.92 ± 0.71 ($F=0.990$, $p=0.321$). La media de la subescala CORE-P_{TRAUMA} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 1.28 ± 0.89 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 1.38 ± 0.88 ($F=0.486$, $p=0.487$). Y la media de la subescala CORE-P_{SÍNTOMAS FÍSICOS} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 1.06 ± 0.92 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 1.01 ± 0.92 ($F=0.094$, $p=0.759$).

La media de la escala CORE-F en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 1.82 ± 0.33 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 1.94 ± 0.36 ($F=4,106$, $p=0.045$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES ÍNTIMAS} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 2.90 ± 0.71 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 2.79 ± 0.74 ($F=0.834$, $p=0.363$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES SOCIALES} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 2.00 ± 0.50 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 2.08 ± 0.43 ($F=1.041$, $p=0.309$). Y la media de la subescala CORE-F_{TROS} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 0.65 ± 0.62 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 0.88 ± 0.65 ($F=4.629$, $p=0.033$).

La media de la escala CORE-R en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 0.25 ± 0.47 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 0.22 ± 0.44 ($F=0.222$, $p=0.639$). La media de la subescala CORE-R_{AUTOAGRESIÓN} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 0.20 ± 0.46 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 0.16 ± 0.48 ($F=0.303$, $p=0.583$). Y la media de la subescala CORE-R_{AGRESIÓN A TERCEROS} en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 0.34 ± 0.60 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 0.32 ± 0.56 ($F=0.041$, $p=0.839$).

La media de la puntuación en el BDI en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 5.05 ± 5.65 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 6.15 ± 5.74 ($F=1.304$, $p=0.255$).

La media de puntuación en el BAI en el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) es de 7.12 ± 7.93 y en el grupo control de adultos (\geq de 22 años) es de 7.62 ± 8.45 ($F=0.123$, $p=0.727$).

Tabla 7-3

Rasgos de salud psicológica en adultos (\geq de 22 años). Grupo de casos vs. Grupo control.

	Grupo de casos \geq 22 años	Grupo Control \geq 22 años	<i>p</i>
Escalas CORE-OM			
CORE Total no R	1.43 \pm 0.49	1.56 \pm 0.45	0.105
CORE Total	1.22 \pm 0.45	1.32 \pm 0.41	0.158
- Escala CORE-W	3.59 \pm 12.67	2.06 \pm 0.61	0.252
- Escala CORE-P	1.03 \pm 0.65	1.09 \pm 0.65	0.613
CORE-P _{ANSIEDAD}	1.10 \pm 0.74	1.14 \pm 0.76	0.766
CORE-P _{DEPRESIÓN}	0.80 \pm 0.70	0.92 \pm 0.71	0.321
COREP _{TRAUMA}	1.28 \pm 0.89	1.38 \pm 0.88	0.487
CORE-P _{S.F.}	1.06 \pm 0.92	1.01 \pm 0.92	0.759
- Escala CORE-F	1.82 \pm 0.33	1.94 \pm 0.36	0.045
CORE-F _{R.I.}	2.90 \pm 0.71	2.79 \pm 0.74	0.363
CORE-F _{R.S.}	2.00 \pm 0.50	2.08 \pm 0.43	0.309
CORE-F_{OTROS}	0.65 \pm 0.62	0.88 \pm 0.65	0.033
- Escala CORE-R	0.25 \pm 0.47	0.22 \pm 0.44	0.639
CORE R _{AUTO}	0.20 \pm 0.46	0.16 \pm 0.48	0.583
CORE R _{OTROS}	0.34 \pm 0.60	0.32 \pm 0.56	0.839
BDI	5.05 \pm 5.65	6.15 \pm 5.74	0.255
BAI	7.12 \pm 7.93	7.62 \pm 8.45	0.727

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento /R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos / RI= Relaciones Íntimas/R.S.=Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

2.5.2.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos del grupo de \geq de 22 años. Grupo de casos vs. grupo control.

En el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) fuman un 27.90% de ellos, una media de 2.59 ± 5.03 cigarros al día; y no fuman un 72.10% de ellos. En el grupo control de adultos (\geq de 22 años) fuman un 28.30% de ellos ($X^2=0.003$, $p=0.958$), una media de 2.28 ± 4.67 cigarros al día ($F=0.150$, $p=0.699$); y no fuman un 71.70% de ellos. En el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) consumen alcohol un 55.70% de ellos, una media de 3.11 ± 4.52 UBE a la semana; y no consumen alcohol 44.30% de ellos. En el grupo control de adultos (\geq de 22 años) consumen alcohol un 68.50% de ellos ($X^2=2.566$, $p=0.109$), una media de 6.97 ± 0.73 UBE a la semana ($F=5.084$, $p=0.026$); y no consumen alcohol un 31.50% de ellos. En el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) realizan ejercicio físico un 91.90% de ellos, una media de 5.34 ± 12.38 días a la semana; no realizando ejercicio físico un 8.10% de ellos. En el grupo control de adultos (\geq de 22 años) realizan ejercicio físico un 78.30% de ellos ($X^2=5.093$, $p=0.024$), una media de 2.53 ± 1.82 días a la semana ($F=4.161$, $p=0.043$); no realizando ejercicio físico un 21.70% de ellos. En el grupo de casos de adultos (\geq de 22 años) consideran seguir una buena dieta un 45.00% de ellos; no considerándolo un 55.00% de ellos. En el grupo control de adultos (\geq de 22 años) consideran seguir una buena dieta un 40.20% de ellos ($X^2=0.341$, $p=0.559$); no considerándolo un 59.80% de ellos.

Tabla 7-4

Características Conductuales del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de Casos vs. grupo control

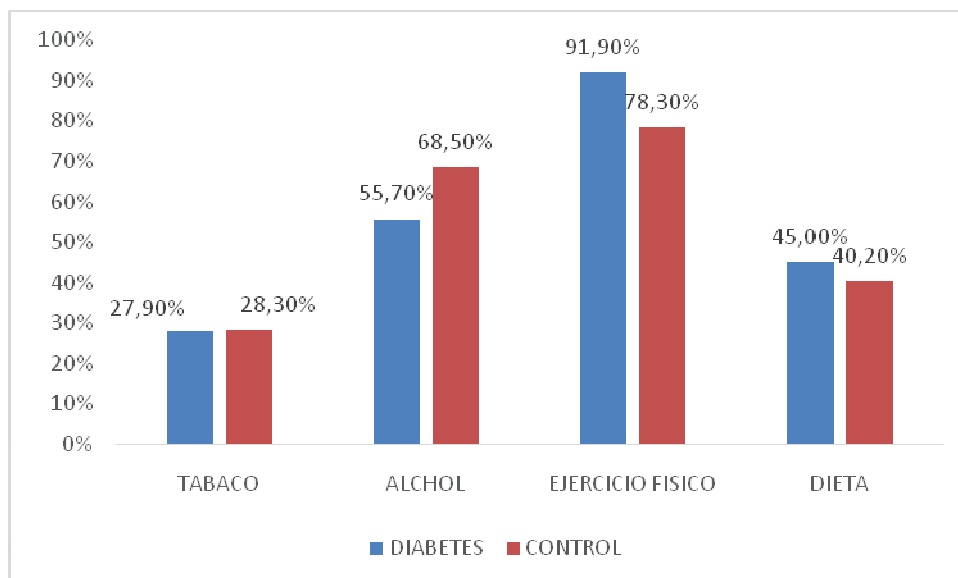
Hábitos	Grupo de casos \geq de 22 años	Grupo control \geq de 22 años	<i>p</i>
% consumo tabaco	27.90%	28.30%	0.958
Cigarros /día	2.59 \pm 5.03	2.28 \pm 4.67	0.699
% consumo alcohol	55.70%	68.50%	0.109
UBE/semana	3.11\pm4.52	6.97\pm0.73	0.026
% Realización EF	91.90%	78.30%	0.024
Días EF/semana	5.34\pm12.38	2.53\pm1.82	0.043
% Dieta adecuada	45.00%	40.20%	0.559

UBE= Unidad de Bebida Estándar

EF=Ejercicio Físico

Figura 1-6

Características Conductuales. Adultos con Dm1 vs. Adultos Control



2.5.3.-Datos descriptivos. Grupo de jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

2.5.3.1.- Datos antropométricos. Grupo de jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

Los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 tienen una media de edad de 17.67 ± 1.96 años y los adultos (\geq de 22 años) con Dm1, una media de edad de 27.52 ± 4.53 años ($p < 0.001$). La media de peso de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 66.90 ± 13.16 kg y la media de peso de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 72.03 ± 12.13 kg ($F=3.990$, $p=0.049$). La media de talla de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 1.70 ± 0.09 y la media de talla de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 1.71 ± 0.09 m ($F=0.490$, $p=0.486$). Por lo tanto, el Índice de Masa Corporal de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 tiene una media de 23.42 ± 4.78 kg/m²; y el de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 tiene una media de 24.72 ± 4.04 kg/m² ($F=2.019$, $p=0.159$).

Tabla 8.1

Datos antropométricos. Grupo Jóvenes con Dm1 (≤ 21 años) vs. Grupo Adultos con Dm1 (\geq de 22 años).

	Jóvenes (≤ 21 años) con Dm1	Adultos de 22 años) con Dm1	<i>p</i>
Edad (Años)	17.67 ± 1.96	27.52 ± 4.53	0.000
Peso (Kg)	66.90 ± 13.16	72.03 ± 12.13	0.049
Talla (m)	1.70 ± 0.09	1.71 ± 0.09	0.486
IMC (kg/m ²)	23.42 ± 4.78	24.72 ± 4.04	0.159

Kg=Kilogramos
m=metros
IMC=Índice de Masa Corporal
kg/m²= Kilogramo/metro cuadrado.

2.5.3.2.- Datos descriptivos relacionados con rasgos de personalidad. Grupo de jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

La media de Neuroticismo en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 22.78 ± 7.34 ; y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 20.02 ± 6.94 ($F=3.685$, $p=0.058$). La media de Extroversión en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 29.17 ± 6.17 ; y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 31.22 ± 6.43 ($F=2.549$, $p=0.114$). La media de Apertura a la Experiencia en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 29.02 ± 5.53 ; y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 28.75 ± 7.36 ($F=0.041$, $p=0.840$). La media de Amabilidad en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 32.20 ± 5.68 ; y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 32.35 ± 5.56 ($F=0.019$, $p=0.892$). La media de Responsabilidad en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 33.41 ± 7.17 ; y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 35.68 ± 6.60 ($F= 2.682$, $p=0.105$).

Tabla 8-2

Comparación Rasgos de Personalidad. Grupo Jóvenes con Dm1 (≤ 21 años) vs. Grupo Adulto con Dm1 (\geq de 22 años).

Rasgos de Personalidad-NEO-	Jóvenes con Dm1 (≤ 21 años)	Adulto con Dm1 (\geq de 22 años)	<i>p</i>
FFI			
Neuroticismo (N)	22.78 ± 7.34	20.02 ± 6.94	0.058
Extroversión (E)	29.17 ± 6.17	31.22 ± 6.43	0.114
Apertura (O)	29.02 ± 5.53	28.75 ± 7.36	0.840
Amabilidad (A)	32.20 ± 5.68	32.35 ± 5.56	0.892
Responsabilidad (C)	33.41 ± 7.17	35.68 ± 6.60	0.105

NEO-FFI: Versión Abreviada del Cuestionario NEO-PI-R.

2.5.3.3.- Datos descriptivos relacionados con factores de salud psicológica. Grupo de Jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 vs. Grupo de Adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

La media de las escalas del cuestionario CORE-OM, BDI y BAI en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1, son los siguientes:

La media CORE Total sin R en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 1.67 ± 0.53 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 1.50 ± 0.38 ($F=3.366$, $p=0.070$). La media de CORE Total en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 1.43 ± 0.50 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es 1.26 ± 0.39 ($F=3.736$, $p=0.056$).

La media de la escala CORE-W en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 2.23 ± 0.70 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 1.95 ± 0.46 ($F=6.022$, $p=0.016$).

La media de la escala CORE-P en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 1.19 ± 0.71 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 1.03 ± 0.64 ($F=1.357$, $p=0.247$). La media de la subescala CORE-P_{ANSIEDAD} en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 1.31 ± 0.81 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 1.10 ± 0.74 ($F=1.748$, $p=0.189$). La media de la subescala CORE-P_{DEPRESIÓN} en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 0.96 ± 0.75 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 0.80 ± 0.70 ($F=1.252$, $p=0.266$). La media de la subescala CORE-P_{TRAUMA} en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 1.57 ± 1.07 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 1.28 ± 0.89 ($F=2.305$, $p=0.132$). Y la media de la subescala CORE-P_{SÍNTOMAS FÍSICOS} de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 1.01 ± 0.87 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 1.06 ± 0.92 ($F=0.064$, $p=0.801$).

La media de la escala CORE-F en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 1.96 ± 0.51 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 es de 1.84 ± 0.35 ($F=1.952$,

$p=0.166$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES ÍNTIMAS} en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 2.88 ± 0.60 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1es de 2.88 ± 0.67 ($F=0.050$, $p=0.944$). La media de la subescala CORE-F_{RELACIONES SOCIALES} en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 2.15 ± 0.72 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1es de 2.00 ± 0.50 ($F=1.579$, $p=0.212$). Y la media de la subescala CORE-F_{TOTOS} en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 0.90 ± 0.64 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1es de 0.65 ± 0.62 ($F=3.914$, $p=0.051$).

La media de la escala CORE-R en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 0.33 ± 0.59 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1es de 0.25 ± 0.46 ($F=0.572$, $p=0.451$). La media de la subescala CORE-R_{AUTOAGRESIÓN} en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 0.27 ± 0.61 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1es de 0.20 ± 0.46 ($F=0.362$, $p=0.549$). Y la media de la subescala CORE-R_{AGRESIÓN A TERCEROS} en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 0.44 ± 0.68 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1es de 0.34 ± 0.60 ($F=0.574$, $p=0.451$).

La media de la puntuación en el BDI en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 6.88 ± 8.32 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1es de 5.16 ± 5.66 ($F=1.506$, $p=0.223$).

La media de puntuación en el BAI en los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 es de 9.29 ± 8.67 y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1es de 7.33 ± 7.81 ($F=1.370$, $p=0.245$).

Tabla 8-3

Comparación Factores de Salud Psicológica. Grupo Jóvenes con Dm1 (≤ 21 años) vs. Grupo Adulto con Dm1 (\geq de 22 años).

	Grupo de Jóvenes (≤ 21 años) con Dm1	Grupo de Adultos (\geq de 22 años) con Dm1	<i>p</i>
Escalas CORE-OM			
CORE Total no R	1.67 \pm 0.53	1.50 \pm 0.38	0.070
CORE Total	1.43 \pm 0.50	1.26 \pm 0.39	0.056
- Escala CORE-W	2.23\pm0.70	1.95\pm0.46	0.016
- Escala CORE-P	1.19 \pm 0.71	1.03 \pm 0.64	0.247
CORE-P _{ANSIEDAD}	1.31 \pm 0.81	1.10 \pm 0.74	0.189
CORE-P _{DEPRESIÓN}	0.96 \pm 0.75	0.80 \pm 0.70	0.266
CORE-P _{TRAUMA}	1.57 \pm 1.07	1.28 \pm 0.89	0.132
CORE-P _{S.F.}	1.01 \pm 0.87	1.06 \pm 0.92	0.801
- Escala CORE-F	1.96 \pm 0.51	1.84 \pm 0.35	0.166
CORE-F _{R.I.}	2.88 \pm 0.60	2.88 \pm 0.67	0.944
CORE-F _{R.S.}	2.15 \pm 0.72	2.00 \pm 0.50	0.212
CORE-F _{OTROS}	0.90 \pm 0.64	0.65 \pm 0.62	0.051
- Escala CORE-R	0.33 \pm 0.59	0.25 \pm 0.46	0.451
CORE-R _{AUTO}	0.27 \pm 0.61	0.20 \pm 0.46	0.549
CORE-R _{OTROS}	0.44 \pm 0.68	0.34 \pm 0.60	0.451
BDI	6.88 \pm 8.32	5.16 \pm 5.66	0.223
BAI	9.29 \pm 8.67	7.33 \pm 7.81	0.245

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento /R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos / RI= Relaciones Íntimas/R.S.=Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

2.5.3.4.- Datos descriptivos relacionados con los hábitos. Grupo de jóvenes (\leq 21 años) con Dm1 vs. Grupo de adultos (\geq de 22 años) con Dm1.

En los jóvenes (\leq 21 años) con Dm1, fuman un 7.10%, una media de 0.24 ± 0.93 cigarros al día; y no fuman un 92.90% de ellos. En los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 fuman un 27.90% ($X^2=6.829$, $p=0.009$), una media de 2.59 ± 5.03 cigarros al día ($F=8.941$, $p=0.004$); y no fuman un 72.10% de ellos. De los jóvenes (\leq 21 años) con Dm1 consumen alcohol un 23.80%, una media de 1.50 ± 3.34 UBE por semana; y no consumen alcohol un 76.20% de ellos. En los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 consumen alcohol un 44.30% ($X^2=10.362$, $p=0.001$), una media de 3.11 ± 4.52 UBE por semana ($F=3.888$, $p=0.051$); y no consumen alcohol un 55.70% de ellos. De los jóvenes (\leq 21 años) con Dm1, un 90.50% realizan ejercicio físico, una media de 3.10 ± 1.84 días por semana; no realizando ejercicio físico un 9.50% de ellos. En los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 realizan ejercicio físico un 91.90% ($X^2=0.067$, $p=0.795$), una media de 3.79 ± 2.01 días por semana ($F=3.084$, $p=0.082$); no realizando ejercicio físico un 8.10% de ellos. De los jóvenes (\leq 21 años) con Dm1 un 31.00% estiman seguir una dieta adecuada; no estimándolo un 69.00% de ellos. En los adultos (\geq de 22 años) con Dm1, estiman seguir una dieta adecuada un 45.00% ($X^2=2.045$, $p=0.153$); no estimándolo un 55.00% de ellos.

Tabla 8-4

Comparación de Hábitos Conductuales. Grupo Jóvenes con Dm1 (≤ 21 años) vs. Grupo Adulto con Dm1 (\geq de 22 años).

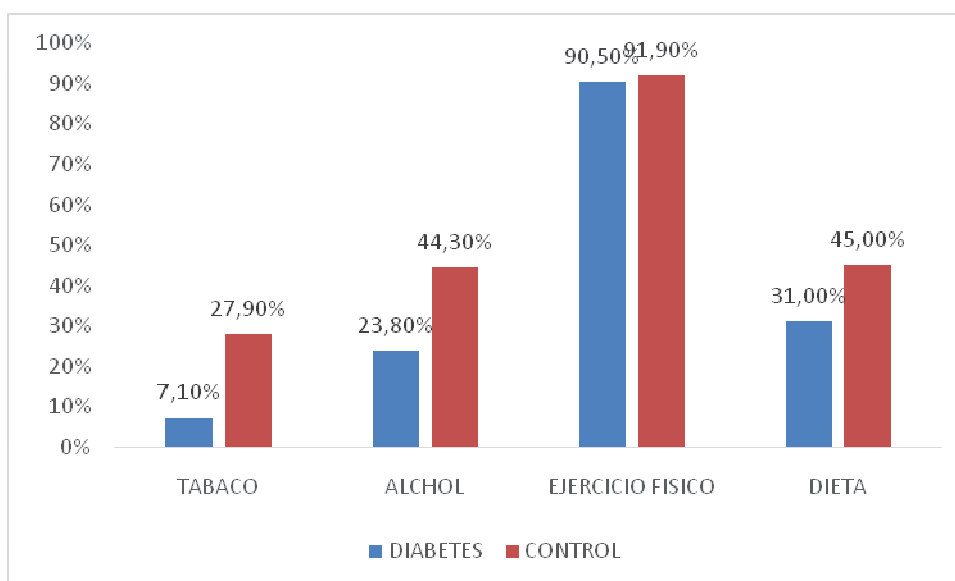
Hábitos	Jóvenes (≤ 21 años) con Dm1	Adultos (\geq de 22 años) con Dm1	<i>p</i>
% consumo tabaco	7.10%	27.90%	0.009
Cigarros /día	0.24\pm0.932	2.59\pm5.03	0.004
% consumo alcohol	23.80%	44.30%	0.001
UBES/semana	1.50 \pm 3.34	3.11 \pm 4.52	0.051
% Dieta adecuada	31.00%	45.00%	0.153
% Realización EF	90.50%	91.90%	0.759
Días EF/semana	3.10 \pm 1.84	3.79 \pm 2.01	0.082

UBE= Unidad de Bebida Estándar

EF=Ejercicio Físico

Figura 1-7

Características Conductuales. Jóvenes Dm1 (≤ 21 años) vs. Adultos Dm1 (\geq de 22 años).



2.5.3.5.- Diferencias respecto a la edad en los datos descriptivos relacionados con la enfermedad. Jóvenes Dm1 (≤ 21 años) vs. Adultos Dm1 (\geq de 22 años).

Los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 llevan una media de 8.39 ± 4.30 años con la enfermedad y los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 llevan una media de 12.55 ± 6.79 años con la enfermedad ($F=12.027$, $p=0.001$). Un 54.80% de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 estiman que son adherentes al autocuidado de la Dm1 mientras que un 21.00% de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 estiman que son adherentes al autocuidado de la Dm1 ($X^2=12.634$, $p=0.000$). Así, de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 un 45.20% estiman no ser adherentes al autocuidado, mientras que lo estima un 79.00% de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1. Los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 tienen una media de nivel de HbA1c de 7.45 ± 0.95 , teniendo valores indicativos de un mal control un 73.30% de ellos (un valor $\geq 7\%$); mientras los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 tienen una media de nivel de HbA1c de 7.22 ± 1.09 ($F=0.877$, $p=0.352$), teniendo valores indicativos de mal control un 55.80% de ellos (un valor $\geq 7\%$) ($X^2=2.496$, $p=0.414$). Por lo tanto, de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1, un 26.70% muestran niveles de buen control, y de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1, un 44.20% muestran niveles de buen control. Los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 monitorizan los niveles de glucosa una media de 5.22 ± 1.85 veces al día y los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 monitorizan los niveles de glucosa una media de 4.78 ± 1.91 veces al día ($F=1.329$, $p=0.252$). Los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 administran insulina una media de 4.83 ± 1.38 veces al día y los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 administran insulina una media de 5.03 ± 3.18 veces al día ($F=0.147$, $p=0.702$). De los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 han sufrido muchas hipoglucemias un 32.40% de ellos y de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1 han sufrido muchas hipoglucemias un 44.20% de ellos ($X^2=1.261$, $p=0.261$); no habiéndolas sufrido

muchas un 67.60% de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 y un 55.80% de los adultos (\geq de 22 años). De los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1han recibido educación diabetológica un 97.60%, no habiéndola recibido un 2.40% de ellos; y en los adultos (\geq de 22 años) con Dm1han recibido educación diabetológica un 94.90% de ellos ($X^2=0.472, p=0.492$), no habiéndola recibido un 5.10% de ellos. De los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1estiman que tienen un conocimiento adecuado de la enfermedad un 68.30%; y de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1estiman que tienen un conocimiento adecuado de la enfermedad un 58.60% ($X^2=0.960, p=0.327$). Así, de los jóvenes (≤ 21 años) con Dm1un 31.70% no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad; y de los adultos (\geq de 22 años) con Dm1no estiman tener un conocimiento adecuado un 41.40%.

Tabla 8-5

Datos relacionados con la Dm1. Grupo de Jóvenes con Dm1 (≤ 21 años) vs. Grupo de Adultos con Dm1 (\geq de 22 años).

Datos relacionados con la enfermedad	Grupo de ≤ 21 años con Dm1	Grupo de \geq de 22 años con Dm1	<i>p</i>
- Duración de la enfermedad	8.39±4.30	12.55±6.79	0.001
- % Adherencia	54.80%	21.00%	<0.001
- Nivel HbA _{1c}	7.45±0.95	7.22±1.09	0.352
- % Mal control ($\geq 7\%$ de HbA _{1c})	73.30%	55.80%	0.114
- Veces Monitorización Glucosa	5.22±1.85	4.78±1.91	0.252
-Veces administración de insulina	4.83±1.38	5.03±3.18	0.702
-% de muchas hipoglucemias	32.40%	44.20%	0.261
Educación Diabetológica	97.60%	94.90%	0.492
- Conocimiento de la enfermedad	68.30%	58.60%	0.327

HbA_{1c}=Hemoglobina Glucosilada.

3.- Análisis Indicadores Manejo de Dm1 / Rasgos de Personalidad y Factores de Salud Psicológica.

3.1.- Relación entre Indicadores (Fisiológico y Cognitivo) y Rasgos de Personalidad.

3.1.1.- Muestra de Casos.

Nivel HbA1c/ Rasgos de Personalidad

Respecto al nivel de HbA1c, buen o mal control de la enfermedad (HbA1c $<7\%$ o $\geq 7\%$), en personas con Dm1 no aparecen diferencias significativas en relación con los rasgos de personalidad.

La puntuación en Neuroticismo en personas con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 19.61 ± 6.47 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 21.67 ± 7.40 ($F= 1.620$, $p=0.270$), La puntuación en Extroversión en personas con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 30.19 ± 6.13 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 31.84 ± 6.40 ($F= 1.292$, $p=0.259$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en personas con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 29.68 ± 7.08 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 28.90 ± 6.50 ($F= 0.255$, $p=0.615$), La puntuación en Amabilidad en personas con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 33.97 ± 5.30 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 32.06 ± 4.95 ($F= 2.668$, $p=0.106$), La puntuación en Responsabilidad en personas con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 36.13 ± 7.28 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 34.35 ± 6.88 ($F= 1.217$, $p=0.273$).

Indicador Cognitivo / Rasgos de Personalidad

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, aparecen diferencias significativas respecto a los rasgos de personalidad, entre las personas que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en Neuroticismo en personas que no estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1 es de 18.27 ± 7.63 , mientras que en personas que estiman un conocimiento adecuado es de 22.95 ± 6.60 ($F= 10.120$, $p=0.002$), La puntuación en Extroversión en personas que no estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1 es de 31.22 ± 5.87 , mientras que en personas que estiman un conocimiento adecuado es de 29.92 ± 6.55 ($F= 0.971$, $p=0.327$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en personas que no estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1 es de 30.57 ± 7.75 , mientras que en personas que estiman un conocimiento adecuado es de 28.00 ± 5.78 ($F= 3.441$, $p=0.067$), La puntuación en Amabilidad en personas que no estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1 es de 33.24 ± 4.36 , mientras que en personas que estiman un conocimiento adecuado es de 31.81 ± 6.16 ($F= 1.515$, $p=0.221$), La puntuación en Responsabilidad en personas que no estiman tener un conocimiento adecuado es de 36.46 ± 7.54 , mientras que en personas que estiman un conocimiento adecuado es de 33.75 ± 6.49 ($F= 3.507$, $p=0.064$).

Tabla 9-1*Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Muestra de Casos.*

Indicador	Rasgo	Buen Control	Puntuación	F	p	η^2
	Personalidad	(SI /NO)	Escala			
HbA _{1c}	Neuroticismo	SI	19.61±6.47	1.620	0.270	
		NO	21.67±7.40			
	Extraversión	SI	30.19±6.13	1.292	0.259	
		NO	31.84±6.40			
	Apertura a la Experiencia	SI	29.68±7.08	0.255	0.615	
		NO	28.90±6.50			
	Amabilidad	SI	33.97±5.30	2.668	0.106	
		NO	32.06±4.95			
Responsabilidad	SI	36.13±7.28	1.217	0.273		
	NO	34.35±6.88				
Conocimiento estimado de Dm1	Rasgo de Personalidad	Mal Conocimiento (SI /NO)	Puntuación Escala	F	p	η^2
	Neuroticismo	SI	18.27±7.63	10.120	0.002	0.097
		NO	22.95±6.60			
	Extraversión	SI	31.22±5.87	0.971	0.327	
		NO	29.92±6.55			
	Apertura	SI	30.57±7.75	3.441	0.067	
		NO	28.00±5.78			
	Amabilidad	SI	33.24±4.36	1.515	0.221	
		NO	31.81±6.16			
	Responsabilidad	SI	36.46±7.54	3.507	0.064	
		NO	33.75±6.49			

HbA_{1c}=Hemoglobina Glicosilada.

3.1.2.- Hombres con Dm1

Nivel HbA1c/ Rasgos de Personalidad

Respecto al nivel de HbA1c, buen o mal control de la enfermedad (HbA1c <7% o $\geq 7\%$) en hombres, no aparecen diferencias significativas en la relación con los rasgos de personalidad.

La puntuación en Neuroticismo en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 18.69 ± 7.69 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 18.60 ± 7.91 ($F= 0.001, p=0.972$), La puntuación en Extroversión en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 29.94 ± 6.03 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 30.32 ± 7.15 ($F= 0.031, p=0.860$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 29.38 ± 8.68 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 28.92 ± 7.49 ($F= 0.032, p=0.859$), La puntuación en Amabilidad en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 32.56 ± 5.60 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 32.24 ± 4.26 ($F= 0.044, p=0.835$), La puntuación en Responsabilidad en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 32.38 ± 7.10 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 34.96 ± 7.81 ($F= 1.146, p=0.291$).

Indicador Cognitivo / Rasgos de Personalidad

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, aparecen diferencias significativas respecto a los rasgos de personalidad, entre hombres con Dm1 que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en Neuroticismo en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 17.35 ± 8.75 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 20.48 ± 7.23 ($F= 1.922$, $p= 0.172$), La puntuación en Extroversión en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 30.87 ± 5.93 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 29.70 ± 6.84 ($F= 0.407$, $p=0.526$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 30.70 ± 8.93 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 25.96 ± 6.24 ($F= 4.831$, $p=0.033$), La puntuación en Amabilidad en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 33.00 ± 4.13 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 30.56 ± 6.00 ($F= 2.718$, $p=0.106$), La puntuación en Responsabilidad en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 33.87 ± 7.89 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 33.63 ± 7.24 ($F= 0.013$, $p=0.911$)

Tabla 9-2

Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Hombres con Dm1.

Indicador	Rasgo Personalidad	Buen Control (SI /NO)	Puntuación Escala	F	p	η^2
HbA _{1c}	Neuroticismo	SI	18.69±7.69	0.001	0.972	
		NO	18.60±7.91			
	Extraversión	SI	29.94±6.03	0.031	0.860	
		NO	30.32±7.15			

	Apertura	SI	29.38±8.68	0.032	0.859	
		NO	28.92±7.49			
	Amabilidad	SI	32.56±5.60	0.044	0.835	
		NO	32.24±4.26			
	Responsabilidad	SI	32.38±7.10	1.146	0.291	
		NO	34.96±7.81			
Conocimiento estimado de Dm1	Rasgo	Mal Conocimiento (SI/NO)	Puntuación Escala	F	p	η^2
	Neuroticismo	SI	17.35±8.75	1.922	0.172	
		NO	20.48±7.23			
	Extraversión	SI	30.87±5.93	0.407	0.526	
		NO	29.70±6.84			
	Apertura	SI	30.70±8.93	4.831	0.033	0.091
		NO	25.96±6.24			
	Amabilidad	SI	33.00±4.13	2.718	0.106	
		NO	30.56±6.00			
	Responsabilidad	SI	33.87±7.89	0.013	0.911	
		NO	33.63±7.24			

HbA_{1c}=Hemoglobina Glicosilada

3.1.3.- Mujeres con Dm1.

Nivel HbA_{1c}/ Rasgos de Personalidad

Respecto al nivel de HbA_{1c}, buen o mal control de la enfermedad (HbA_{1c} <7% o ≥ 7%), en mujeres con Dm1 aparecen diferencias significativas en la relación con algunos de los rasgos de personalidad.

La puntuación en Neuroticismo en mujeres con Dm1 con buen control (HbA_{1c} <7%) es de 20.60±4.93, mientras que en mujeres con Dm1 con mal control

($\geq 7\%$) es de 24.88 ± 5.29 ($F= 6.335$, $p=0.016$), La puntuación en Extroversión en mujeres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 30.47 ± 6.44 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 33.42 ± 5.21 ($F= 2.470$, $p=0. 2.470$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en mujeres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 30.00 ± 5.14 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 28.88 ± 5.44 ($F= 0.411$, $p=0.0525$), La puntuación en Amabilidad en mujeres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 35.47 ± 4.67 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 31.87 ± 5.68 ($F= 4.211$, $p=0.047$), La puntuación en Responsabilidad en mujeres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 40.13 ± 5.14 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 33.71 ± 5.86 ($F=12.147$, $p=0.001$).

Indicador Cognitivo / Rasgos de Personalidad

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, aparecen diferencias significativas respecto a los rasgos de personalidad, entre mujeres con Dm1 que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en Neuroticismo en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 19.79 ± 5.25 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 25.03 ± 5.28 ($F= 9.639$, $p= 0.003$), La puntuación en Extroversión en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 31.79 ± 5.94 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 30.09 ± 6.40 ($F= 0.710$, $p=0.404$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la Enfermedad es de 30.36 ± 5.60 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de

29.72±4.80 (F= 0.155, $p=0.695$), La puntuación en Amabilidad en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 33.64±4.85, mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 32.87±6.18 (F= 0.169, $p=0.683$), La puntuación en Responsabilidad en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 40.71±4.55, mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 33.84±5.90 (F= 14.994, $p=0.000$).

Tabla 9-3

Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Mujeres con Dm1.

V.I	Rasgo	Buen Control	Puntuación	F	p	η^2
	Personalidad	(SI /NO)	Escala			
HbA _{1c}	Neuroticismo	SI	20.60±4.93	6.335	0.016	0.147
		NO	24.88±5.29			
	Extraversión	SI	30.47±6.44	2.470	2.470	
		NO	33.42±5.21			
	Apertura	SI	30.00±5.14	0.411	0.525	
		NO	28.88±5.44			
	Amabilidad	SI	35.47±4.67	4.211	0.047	0.102
		NO	31.87±5.68			
	Responsabilidad	SI	40.13±5.14	12.147	0.001	0.247
		NO	33.71±5.86			
Conocimiento estimado de Dm1	Rasgo	Mal	Puntuación	F	p	η^2
	Personalidad	Conocimiento	Escala			
	Neuroticismo	SI	19.79±5.25			
	NO	25.03±5.28				

Extraversión	SI	31.79±5.94	0.710	0.404
	NO	30.09±6.40		
Apertura	SI	30.36±5.60	0.155	0.695
	NO	29.72±4.80		
Amabilidad	SI	33.64±4.85	0.169	0.683
	NO	32.87±6.18		
Responsabilidad	SI	40.71±4.55	14.994	0.000
	NO	33.84±5.90		

HbA_{1c}=Hemoglobina Glucosilada.

3.1.4.- Jóvenes con Dm1.

Nivel de HbA_{1c} / Rasgos de Personalidad

Respecto al nivel de HbA_{1c}, buen o mal control de la enfermedad (HbA_{1c} <7% o ≥ 7%), en jóvenes con Dm1 aparecen diferencias significativas en alguna relación con los rasgos de personalidad.

La puntuación en Neuroticismo en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA_{1c} <7%) es de 16.75±4.13, mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (≥ 7%) es de 25.05±6.12 (F= 12.400, p=0.002), La puntuación en Extroversión en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA_{1c} <7%) es de 28.88±5.33, mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (≥ 7%) es de 30.67±6.79 (F= 0.448, p=0.509), La puntuación en Apertura a la Experiencia en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA_{1c} <7%) es de 28.38±4.78, mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (≥ 7%) es de 29.14±5.43 (F= 0.123, p=0.728), La puntuación en Amabilidad en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA_{1c} <7%) es de 33.38±6.72, mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (≥ 7%) es de 31.86±4.49 (F= 0.505, p=0.485), La puntuación en Responsabilidad en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA_{1c} <7%) es de

34.38±10.39, mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 32.67±7.16 ($F= 0.256, p=0.617$).

Indicador Cognitivo / Rasgos de Personalidad

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, en jóvenes con Dm1 no aparecen diferencias significativas respecto a los rasgos de personalidad, entre los que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en Neuroticismo en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 21.23±7.80, mientras que jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 23.44±7.28 ($F= 0.775, p= 0.384$), La puntuación en Extroversión en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 28.92±7.17, mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 29.74±5.37 ($F= 0.163, p=0.689$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 29.69±6.43, mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 28.89±5.17 ($F= 0.181, p=0.673$). La puntuación en Amabilidad en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 33.08±5.02, mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 31.67±6.08 ($F=0.525, p=0.473$), La puntuación en Responsabilidad en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 35.00±8.84, mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 32.59±6.39 ($F= 0.966, p=0.332$).

Tabla 9-4*Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Jóvenes con Dm1.*

V.I	Rasgo	Buen Control	Puntuación	F	p	η^2	
	Personalidad	(SI/NO)	Escala				
HbA_{1c}	Neuroticismo	SI	16.75±4.13	12.400	0.002	0.315	
		NO	25.05±6.12				
	Extraversión	SI	28.88±5.33	0.448	0.509		
		NO	30.67±6.79				
	Apertura	SI	28.38±4.78	0.123	0.728		
		NO	29.14±5.43				
	Amabilidad	SI	33.38±6.72	0.505	0.485		
		NO	31.86±4.49				
	Responsabilidad	SI	34.38±10.39	0.256	0.617		
		NO	32.67±7.16				
	Conocimiento estimado de Dm1	Neuroticismo	SI	21.23±7.80	0.775	0.384	
			NO	23.44±7.28			
Extraversión		SI	28.92±7.17	0.163	0.689		
		NO	29.74±5.37				
Apertura		SI	29.69±6.43	0.181	0.673		
		NO	28.89±5.17				
Amabilidad		SI	33.08±5.02	0.525	0.473		
		NO	31.67±6.08				
Responsabilidad		SI	35.00±8.84	0.966	0.332		
		NO	32.59±6.39				

HbA_{1c}= Hemoglobina Glucosilada.

3.1.5.-Adultos

Nivel de HbA1c / Rasgos de Personalidad

Respecto al nivel de HbA1c, buen o mal control de la enfermedad (HbA1c $<7\%$ o $\geq 7\%$), en adultos con Dm1 no aparecen diferencias significativas en la relación con los rasgos de personalidad.

La puntuación en Neuroticismo en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 20.61 ± 6.90 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 19.14 ± 7.35 ($F= 0.530$, $p=0.470$), La puntuación en Extroversión en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 30.65 ± 6.43 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 32.71 ± 6.07 ($F= 1.381$, $p=0.246$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 30.13 ± 7.76 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 28.71 ± 7.29 ($F= 0.450$, $p=0.506$), La puntuación en Amabilidad en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 34.17 ± 4.87 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 32.21 ± 5.35 ($F= 1.836$, $p=0.182$), La puntuación en Responsabilidad en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 36.74 ± 6.04 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 35.61 ± 6.51 ($F= 0.407$, $p=0.526$).

Indicador Cognitivo / Rasgos de Personalidad

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, aparece alguna diferencia significativa respecto a los rasgos de personalidad, entre los adultos con Dm1 que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en Neuroticismo en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 16.67 ± 7.19 , mientras que adultos con

Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 22.53 ± 6.06 ($F= 10.944, p= 0.002$), La puntuación en Extroversión en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 32.46 ± 4.74 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 30.06 ± 7.49 ($F= 1.886, p=0.175$), La puntuación en Apertura a la Experiencia en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 31.04 ± 8.47 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 27.25 ± 6.22 ($F= 3.737, p=0.058$), La puntuación en Amabilidad en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 33.33 ± 4.07 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 31.94 ± 6.32 ($F= 0.891, p=0.349$), La puntuación en Responsabilidad en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 37.25 ± 6.80 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 34.72 ± 6.51 ($F= 1.995, p=0.164$).

Tabla 9-5

Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Adultos con Dm1.

V.I	Rasgo Personalidad	Buen Control (SI /NO)	Puntuación escala	F	p	η^2
HbA _{1c}	Neuroticismo	SI	20.61±6.90	0.530	0.470	
		NO	19.14±7.35			
	Extraversión	SI	30.65±6.43	1.381	0.246	
		NO	32.71±6.07			
	Apertura	SI	30.13±7.76	0.450	0.506	
		NO	28.71±7.29			
Amabilidad	SI	34.17±4.87	1.836	0.182		

Conocimiento estimado de Dm1	Rasgo Personalidad	Mal Conocimiento	Puntuación Escala	F	p	η^2
		NO	32.21±5.35			
	Responsabilidad	SI	36.74±6.04			
		NO	35.61±6.51	0.407	0.526	
	Neuroticismo	SI	16.67±7.19	10.944	0.002	0.169
		NO	22.53±6.06			
	Extraversión	SI	32.46±4.74	1.886	0.175	
		NO	30.06±7.49			
	Apertura	SI	31.04±8.47	3.737	0.058	
		NO	27.25±6.22			
	Amabilidad	SI	33.33±4.07	0.891	0.349	
		NO	31.94±6.32			
	Responsabilidad	SI	37.25±6.80	1.995	0.164	
		NO	34.72±6.51			

HbA_{1c}=Hemoglobina Glucosilada.

3.2.- Relación entre indicadores (Fisiológico y Cognitivo) y Factores de Salud Psicológica.

3.2.1.- Muestra de Casos.

Nivel de HbA_{1c} / Factores de Salud Psicológica

Respecto al nivel de HbA_{1c}, buen o mal control de la enfermedad (HbA_{1c} <7% o ≥ 7%), en las personas con Dm1 aparecen diferencias significativas en la relación con algunos factores de salud psicológica.

La puntuación en CORE Total sin R en personas con Dm1 con buen control (HbA_{1c} <7%) es de 1.42±0.37, mientras que en personas con Dm1 con mal control (≥ 7%) es de 1.62±0.42 (F= 4.442, p=0.038), La puntuación en CORE Total en personas

con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.20 ± 0.34 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.39 ± 0.40 ($F= 4.334$, $p=0.041$).

La puntuación en la escala CORE W en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.93 ± 0.49 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.12 ± 0.53 ($F= 2.764$, $p=0.100$).

La puntuación en la escala CORE P en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.88 ± 0.59 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.17 ± 0.65 ($F= 3.871$, $p=0.053$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.95 ± 0.69 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.28 ± 0.76 ($F= 3.765$, $p=0.056$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.58 ± 0.55 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.93 ± 0.70 ($F= 5.252$, $p=0.025$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.27 ± 0.83 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.47 ± 1.05 ($F= 0.832$, $p=0.364$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.88 ± 0.76 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.10 ± 0.99 ($F= 1.045$, $p=0.310$).

La puntuación en la escala CORE F en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.79 ± 0.37 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.90 ± 0.45 ($F= 1.021$, $p=0.277$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 2.88 ± 0.69 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.87 ± 0.65 ($F= 0.10$, $p=0.919$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones

Sociales en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.94 ± 0.51 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.15 ± 0.67 ($F=2.108$, $p=0.150$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.56 ± 0.67 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.78 ± 0.61 ($F=2.303$, $p=0.133$).

La puntuación en la escala CORE R en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.19 ± 0.43 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.29 ± 0.51 ($F=0.770$, $p=0.383$). La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.14 ± 0.41 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.25 ± 0.54 ($F=0.823$, $p=0.367$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.28 ± 0.57 , mientras que en personas con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.37 ± 0.61 ($F=0.428$, $p=0.515$).

La puntuación en el cuestionario BDI en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 4.89 ± 3.46 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 6.61 ± 7.55 ($F=1.290$, $p=0.260$). La puntuación en el cuestionario BAI en personas con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 5.96 ± 5.23 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 8.73 ± 8.59 ($F=2.395$, $p=0.126$).

Indicador Cognitivo / Factores de Salud Psicológica

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, en personas con Dm1 no aparecen diferencias significativas respecto a los factores de salud psicológica, entre los que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en CORE Total sin R en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.56 ± 0.41 , mientras que en

personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.57 ± 0.48 ($F= 0.014$, $p=0.905$). La puntuación en CORE Total en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.32 ± 0.38 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.33 ± 0.49 ($F= 0.009$, $p=0.923$).

La puntuación en la escala CORE W en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.11 ± 0.43 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.03 ± 0.67 ($F= 0.479$, $p=0.491$).

La puntuación en la escala CORE P en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.01 ± 0.64 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.15 ± 0.71 ($F= 0.935$, $p=0.336$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.04 ± 0.80 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.23 ± 0.75 ($F= 1.340$, $p=0.250$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.81 ± 0.69 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.90 ± 0.76 ($F= 0.407$, $p=0.525$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.24 ± 0.78 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.54 ± 1.07 ($F= 2.221$, $p=0.139$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado es de 1.10 ± 0.89 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.02 ± 0.92 ($F= 0.177$, $p=0.675$).

La puntuación en la escala CORE F en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.93 ± 0.34 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.83 ± 0.46 ($F= 1.258$, $p=0.265$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.97 ± 0.64 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.78 ± 0.63 ($F= 2.198$, $p=0.142$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.10 ± 0.55 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.00 ± 0.59 ($F= 0.664$, $p=0.424$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.73 ± 0.70 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.76 ± 0.62 ($F= 0.046$, $p=0.832$).

La puntuación en la escala CORE R en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.20 ± 0.42 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.33 ± 0.58 ($F= 1.258$, $p=0.265$). La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.18 ± 0.41 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.27 ± 0.60 ($F= 0.639$, $p=0.426$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.24 ± 0.55 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.44 ± 0.68 ($F= 2.365$, $p=0.127$).

La puntuación en el cuestionario BDI en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 5.58 ± 6.78 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 6.26 ± 7.1 ($F= 0.205$, $p=0.652$). La puntuación en el cuestionario BAI en personas con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 8.39 ± 8.19 , mientras que en personas con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 8.21 ± 8.50 ($F= 0.010$, $p=0.921$).

Tabla 10-1

Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Muestra de Casos

V.I	Factores Salud Psicológica	Buen Control (SI/NO)	Puntuación escala	F	p	η^2
HbA _{1c}	Escalas CORE-OM	SI	1.42±0.37	4.442	0.038	0.055
		NO	1.62±0.42			
	CORE Total	SI	1.20±0.34	4.334	0.041	0.053
		NO	1.39±0.40			
	CORE-W	SI	1.93±0.49	2.764	0.100	
		NO	2.12±0.53			
	CORE-P	SI	0.88±0.59	3.871	0.053	
		NO	1.17±0.65			
	CORE-P _{ANSIEDAD}	SI	0.95±0.69	3.765	0.056	
		NO	1.28±0.76			
	CORE-P _{DEPRESIÓN}	SI	0.58±0.55	5.252	0.025	0.062
		NO	0.93±0.70			
	CORE-P _{TRAUMA}	SI	1.27±0.83	0.832	0.364	
		NO	1.47±1.05			

	CORE-P _{S.F.}	SI	0.88±0.76			
		NO	1.10±0.99	1.045	0.310	
	CORE-F	SI	1.79±0.37			
		NO	1.90±0.45	1.021	0.277	
	CORE-F _{R.I.}	SI	2.88±0.69			
		NO	2.87±0.65	0.10	0.919	
	CORE-F _{R.S.}	SI	1.94±0.51			
		NO	2.15±0.67	2.108	0.150	
	CORE-F _{OTROS}	SI	0.56±0.67			
		NO	0.78±0.61	2.303	0.133	
	CORE-R	SI	0.19±0.43			
		NO	0.29±0.51	0.770	0.383	
	CORE-R _{AUTO}	SI	0.14±0.41			
		NO	0.25±0.54	0.823	0.367	
	CORE-R _{OTROS}	SI	0.28±0.57			
		NO	0.37±0.61	0.428	0.515	
	BDI	SI	4.89±3.46			
		NO	6.61±7.55	1.290	0.260	
	BAI	SI	5.96±5.23			
		NO	8.73±8.59	2.395	0.126	
Conocimiento estimado de Dm1	Escalas CORE-OM	Mal Conocimiento	Puntuación escala	F	p	η ²
	CORE Total no R	SI	1.56±0.41			
		NO	1.57±0.48	0.014	0.905	
	CORE Total	SI	1.32±0.38			
		NO	1.33±0.49	0.009	0.923	
	CORE-W	SI	2.11±0.43			
		NO	2.03±0.67	0.479	0.491	
	CORE-P	SI	1.01±0.64			
		NO	1.15±0.71	0.935	0.336	

CORE-P _{ANSIEDAD}	SI	1.04±0.80	1.340	0.250
	NO	1.23±0.75		
CORE-P _{DEPRESIÓN}	SI	0.81±0.69	0.407	0.525
	NO	0.90±0.76		
CORE-P _{TRAUMA}	SI	1.24±0.78	2.221	0.139
	NO	1.54±1.07		
CORE-P _{S.F.}	SI	1.10±0.89	0.177	0.675
	NO	1.02±0.92		
CORE-F	SI	1.93±0.34	1.258	0.265
	NO	1.83±0.46		
CORE-F _{R.I.}	SI	2.97±0.64	2.198	0.142
	NO	2.78±0.63		
CORE-F _{R.S.}	SI	2.10±0.55	0.664	0.424
	NO	2.00±0.59		
CORE-F _{OTROS}	SI	0.73±0.70	0.046	0.832
	NO	0.76±0.62		
CORE-R	SI	0.20±0.42	1.258	0.265
	NO	0.33±0.58		
CORE-R _{AUTO}	SI	0.18±0.41	0.639	0.426
	NO	0.27±0.60		
CORE-R _{OTROS}	SI	0.24±0.55	2.365	0.127
	NO	0.44±0.68		
BDI	SI	5.58±6.78	0.205	0.652
	NO	6.26±7.17		
BAI	SI	8.39±8.19	0.010	0.921
	NO	8.21±8.50		

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas/ R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos /R.I.= Relaciones Íntimas / R.S.= Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de Autoagresión/Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

3.2.2.- Hombres con Dm1.

Nivel de HbA1c/ Factores de Salud Psicológica

Respecto al nivel de HbA1c, buen o mal control de la enfermedad (HbA1c $<7\%$ o $\geq 7\%$), en hombres con Dm1 aparecen diferencias significativas en relación con algunos factores de salud psicológica.

La puntuación en CORE Total sin R en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 1.31 ± 0.27 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.59 ± 0.48 ($F= 4.763$, $p=0.035$), La puntuación en CORE Total en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 1.12 ± 0.30 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.37 ± 0.46 ($F= 3.706$, $p=0.061$).

La puntuación en la escala CORE W en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 1.70 ± 0.41 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.17 ± 0.67 ($F= 6.199$, $p=0.017$).

La puntuación en la escala CORE P en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 0.78 ± 0.51 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.13 ± 0.66 ($F= 3.285$, $p=0.077$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 0.84 ± 0.72 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.22 ± 0.83 ($F= 2.289$, $p=0.138$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 0.56 ± 0.58 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.86 ± 0.66 ($F= 2.246$, $p=0.142$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 1.00 ± 0.66 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.48 ± 1.07 ($F= 2.635$, $p=0.112$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en hombres con Dm1 con buen control (HbA1c $<7\%$) es de 0.84 ± 0.75 ,

mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.17 ± 0.90 ($F=1.463$, $p=0.233$).

La puntuación en la escala CORE F en hombres con Dm1 con buen control ($\text{HbA1c} < 7\%$) es de 1.70 ± 0.29 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.90 ± 0.39 ($F= 2.911$, $p=0.096$), La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en hombres con Dm1 con buen control ($\text{HbA1c} < 7\%$) es de 2.86 ± 0.75 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 3.02 ± 0.52 ($F= 0.679$, $p=0.415$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en hombres con Dm1 con buen control ($\text{HbA1c} < 7\%$) es de 1.80 ± 0.53 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.02 ± 0.63 ($F= 1.394$, $p=0.245$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en hombres con Dm1 con buen control ($\text{HbA1c} < 7\%$) es de 0.45 ± 0.48 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.68 ± 0.60 ($F= 1.603$, $p=0.213$).

La puntuación en la escala CORE R en hombres con Dm1 con buen control ($\text{HbA1c} < 7\%$) es de 0.26 ± 0.57 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.32 ± 0.56 ($F= 0.114$, $p=0.738$). La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en hombres con Dm1 con buen control ($\text{HbA1c} < 7\%$) es de 0.20 ± 0.54 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.28 ± 0.59 ($F= 0.171$, $p=0.682$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en hombres con Dm1 con buen control ($\text{HbA1c} < 7\%$) es de 0.38 ± 0.72 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.41 ± 0.65 ($F= 0.023$, $p=0.880$).

La puntuación en el cuestionario BDI en hombres con Dm1 con buen control ($\text{HbA1c} < 7\%$) es de 3.79 ± 2.64 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 5.33 ± 7.80 ($F= 0.516$, $p=0.477$). La puntuación en el cuestionario BAI en

hombres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 5.21 ± 4.54 , mientras que en hombres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 5.73 ± 6.24 ($F= 0.074$, $p=0.787$).

Indicador Cognitivo / Factores de Salud Psicológica

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, en hombres con Dm1 aparece alguna diferencia significativa respecto a factores de salud psicológica, entre los hombres que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en CORE Total sin R en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado es de 1.53 ± 0.43 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.45 ± 0.45 ($F= 0.364$, $p=0.364$). La puntuación en CORE Total en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado es de 1.31 ± 0.41 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.21 ± 0.49 ($F= 0.553$, $p=0.460$).

La puntuación en la escala CORE W en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado es de 2.08 ± 0.46 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.85 ± 0.75 ($F= 1.619$, $p=0.209$).

La puntuación en la escala CORE P en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.97 ± 0.68 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.01 ± 0.64 ($F= 0.056$, $p=0.814$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.00 ± 0.85 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.18 ± 0.81 ($F= 0.587$, $p=0.447$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.78 ± 0.76 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento

adecuado es de 0.72 ± 0.59 ($F= 0.098$, $p=0.755$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.09 ± 0.70 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.36 ± 1.15 ($F= 0.977$, $p=0.328$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.17 ± 0.95 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.93 ± 0.75 ($F= 1.059$, $p=0.308$).

La puntuación en la escala CORE F en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.90 ± 0.36 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.76 ± 0.35 ($F= 2.069$, $p=0.157$), La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 3.00 ± 0.59 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.92 ± 0.62 ($F= 0.222$, $p=0.640$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.08 ± 0.50 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.79 ± 0.55 ($F= 3.581$, $p=0.064$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.66 ± 0.64 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.57 ± 0.51 ($F= 0.321$, $p=0.574$).

La puntuación en la escala CORE R en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.28 ± 0.51 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.34 ± 0.61 ($F= 0.134$,

$p=0.715$), La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.25 ± 0.49 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.27 ± 0.61 ($F= 0.013$, $p=0.910$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.35 ± 0.66 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.48 ± 0.70 ($F= 0.486$, $p=0.489$).

La puntuación en el cuestionario BDI en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 5.05 ± 8.39 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 4.04 ± 3.57 ($F= 0.331$, $p=0.568$). La puntuación en el cuestionario BAI en hombres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 7.36 ± 8.44 , mientras que en hombres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 5.22 ± 5.04 ($F= 1.211$, $p=0.277$).

Tabla 10-2

Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Hombres con Dm1.

Indicador	Factores Salud Psicológica	Buen Control (SI/NO)	Puntuación escala	F	p	η^2
HbA _{1c}	Escalas CORE-OM					
	CORE Total no R	SI	1.31±0.27	4.763	0.035	0.106
		NO	1.59±0.48			
	CORE Total	SI	1.12±0.30	3.706	0.061	
		NO	1.37±0.46			
	CORE-W	SI	1.70±0.41	6.199	0.017	0.131

		NO	2.17±0.67			
	CORE-P	SI	0.78±0.51	3.285	0.077	
		NO	1.13±0.66			
	CORE-P _{ANSIEDAD}	SI	0.84±0.0.72	2.289	0.138	
		NO	1.22±0.83			
	CORE-P _{DEPRESIÓN}	SI	0.56±0.58	2.246	0.142	
		NO	0.86±0.66			
	CORE-P _{TRAUMA}	SI	1.00±0.66	2.635	0.112	
		NO	1.48±1.07			
	CORE-P _{S.F.}	SI	0.84±0.75	1.463	0.233	
		NO	1.17±0.90			
	CORE-F	SI	1.70±0.29	2.911	0.096	
		NO	1.90±0.39			
	CORE-F _{R.I.}	SI	2.86±0.75	0.679	0.415	
		NO	3.02±0.52			
	CORE-F _{R.S.}	SI	1.80±0.53	1.394	0.245	
		NO	2.02±0.63			
	CORE-F _{OTROS}	SI	0.45±0.48	1.603	0.213	
		NO	0.68±0.60			
	CORE-R	SI	0.26±0.57	0.114	0.738	
		NO	0.32±0.56			
	CORE-R _{AUTO}	SI	0.20±0.54	0.171	0.682	
		NO	0.28±0.59			
	CORE-R _{OTROS}	SI	0.38±0.72	0.023	0.880	
		NO	0.41±0.65			
	BDI	SI	3.79±2.64	0.516	0.477	
		NO	5.33±7.80			
	BAI	SI	5.21±4.54	0.074	0.787	
		NO	5.73±6.24			
Conocimiento	Escalas CORE-OM	Mal	Puntuación	F	p	η^2

estimado de	Conocimiento	escala		
Dm1				
CORE Total no R	SI	1.53±0.43		
	NO	1.45±0.45	0.364	0.364
CORE Total	SI	1.31±0.41		
	NO	1.21±0.49	0.553	0.460
CORE-W	SI	2.08±0.46		
	NO	1.85±0.75	1.619	0.209
CORE-P	SI	0.97±0.68		
	NO	1.01±0.64	0.056	0.814
CORE-P ANSIEDAD	SI	1.00±0.85		
	NO	1.18±0.81	0.587	0.447
CORE-P DEPRESIÓN	SI	0.78±0.76		
	NO	0.72±0.59	0.098	0.755
CORE-P TRAUMA	SI	1.09±0.70		
	NO	1.36±1.15	0.977	0.328
CORE-P _{S.F.}	SI	1.17±0.95		
	NO	0.93±0.75	1.059	0.308
CORE-F	SI	1.90±0.36		
	NO	1.76±0.35	2.069	0.157
CORE-F _{R.I.}	SI	3.00±0.59		
	NO	2.92±0.62	0.222	0.640
CORE-F _{R.S.}	SI	2.08±0.50		
	NO	1.79±0.55	3.581	0.064
CORE-F OTROS	SI	0.66±0.64		
	NO	0.57±0.51	0.321	0.574
CORE-R	SI	0.28±0.51		
	NO	0.34±0.61	0.134	0.715
CORE-R _{AUTO}	SI	0.25±0.49		
	NO	0.27±0.61	0.013	0.910

CORE-R _{OTROS}	SI	0.35±0.66	0.486	0.489
	NO	0.48±0.70		
BDI	SI	5.05±8.39	0.331	0.568
	NO	4.04±3.57		
BAI	SI	7.36±8.44	1.211	0.277
	NO	5.22±5.04		

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.
W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas/ R= Riesgo.
S.F.= Síntomas Físicos /R.I.= Relaciones Íntimas / R.S.= Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión/Otros= Riesgo de daño a terceros.
BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.
 η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

3.2.3.- Mujeres con Dm1.

Nivel de HbA1c / Factores de Salud Psicológica.

Respecto al nivel de HbA1c, buen o mal control de la enfermedad (HbA1c <7% o \geq 7%), en mujeres con Dm1 no aparecen diferencias significativas en la relación con factores de salud psicológica.

La puntuación en CORE Total sin R en mujeres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.55 ± 0.44 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.65 ± 0.36 ($F= 0.531$, $p=0.471$). La puntuación en CORE Total en mujeres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.30 ± 0.38 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.40 ± 0.32 ($F= 0.834$, $p=0.367$).

La puntuación en la escala CORE W en mujeres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 2.18 ± 0.45 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 2.07 ± 0.32 ($F= 0.712$, $p=0.404$).

La puntuación en la escala CORE P en mujeres con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.00 ± 0.67 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control (\geq

7%) es de 1.21 ± 0.65 ($F= 0.902, p=0.349$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 1.07 ± 0.65 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.34 ± 0.69 ($F= 1.417, p=0.242$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.61 ± 0.53 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.00 ± 0.76 ($F= 2.917, p=0.096$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 1.57 ± 0.92 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.46 ± 1.04 ($F= 0.113, p=0.738$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.93 ± 0.81 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.02 ± 1.10 ($F= 0.075, p=0.786$).

La puntuación en la escala CORE F en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 1.90 ± 0.42 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.91 ± 0.52 ($F= 0.002, p=0.966$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 2.91 ± 0.65 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.70 ± 0.75 ($F= 0.776, p=0.384$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 2.11 ± 0.46 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.29 ± 0.69 ($F= 0.793, p=0.379$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.68 ± 0.84 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.90 ± 0.62 ($F= 0.839, p=0.366$).

La puntuación en la escala CORE R en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.11 ± 0.16 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control (\geq

7%) es de 0.25 ± 0.46 ($F= 1.238, p=0.273$), La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.07 ± 0.15 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.21 ± 0.49 ($F= 1.035, p=0.316$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.18 ± 0.32 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.33 ± 0.56 ($F= 0.883, p=0.354$).

La puntuación en el cuestionario BDI en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 6.00 ± 3.90 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 8.04 ± 7.15 ($F= 0.965, p=0.332$). La puntuación en el cuestionario BAI en mujeres con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 6.71 ± 5.91 , mientras que en mujeres con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 12.13 ± 9.70 ($F= 3.538, p=0.068$).

Indicador Cognitivo / Factores de salud psicológica

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, aparece alguna diferencia significativa respecto a los factores de salud psicológica, entre las mujeres con Dm1 que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en CORE Total sin R en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.61 ± 0.37 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.67 ± 0.50 ($F= 0.158, p=0.693$). La puntuación en CORE Total en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.34 ± 0.31 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.43 ± 0.47 ($F= 0.440, p=0.511$).

La puntuación en la escala CORE W en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.17 ± 0.37 , mientras que en

mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.18 ± 0.55 ($F= 0.002$, $p=0.969$).

La puntuación en la escala CORE P en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.07 ± 0.59 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.26 ± 0.76 ($F= 0.674$, $p=0.416$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.12 ± 0.72 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.27 ± 0.71 ($F= 0.459$, $p=0.502$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.85 ± 0.56 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.06 ± 0.86 ($F= 0.700$, $p=0.407$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.50 ± 0.87 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.70 ± 0.99 ($F= 0.416$, $p=0.522$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.96 ± 0.80 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.09 ± 1.04 ($F= 0.168$, $p=0.684$).

La puntuación en la escala CORE F en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.97 ± 0.31 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.89 ± 0.54 ($F= 0.263$, $p=0.611$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.92 ± 0.74 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado

es de 2.65 ± 0.62 ($F= 1.640$, $p=0.207$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.13 ± 0.63 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.18 ± 0.58 ($F= 0.053$, $p=0.818$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.85 ± 0.79 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.92 ± 0.66 ($F= 0.107$, $p=0.745$).

La puntuación en la escala CORE R en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.06 ± 0.13 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.32 ± 0.57 ($F= 2.489$, $p=0.122$), La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.06 ± 0.15 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.27 ± 0.60 ($F= 1.635$, $p=0.208$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.04 ± 0.14 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.41 ± 0.67 ($F= 3.855$, $p=0.056$).

La puntuación en el cuestionario BDI en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 6.43 ± 2.98 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 8.33 ± 8.94 ($F= 0.598$, $p=0.444$). La puntuación en el cuestionario BAI en mujeres con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 10.00 ± 7.81 , mientras que en mujeres con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 10.90 ± 10.04 ($F= 0.087$, $p=0.769$).

Tabla 10-3*Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Mujeres**con DmI.*

V.I	Factores Salud Psicológica	Buen control (SI/NO)	Puntuación escala	F	p	η^2
HbA _{1c}	Escalas CORE-OM					
	CORE Total no R	SI	1.55±0.44	0.531	0.471	
		NO	1.65±0.36			
	CORE Total	SI	1.30±0.38	0.834	0.367	
		NO	1.40±0.32			
	CORE-W	SI	2.18±0.45	0.712	0.404	
		NO	2.07±0.32			
	CORE-P	SI	1.00±0.67	0.902	0.349	
		NO	1.21±0.65			
	CORE-P ANSIEDAD	SI	1.07±0.65	1.417	0.242	
		NO	1.34±0.69			
	CORE-P DEPRESIÓN	SI	0.61±0.53	2.917	0.096	
		NO	1.00±0.76			
	CORE-P TRAUMA	SI	1.57±0.92	0.113	0.738	
		NO	1.46±1.04			
	CORE-P _{S.F.}	SI	0.93±0.81	0.075	0.786	
		NO	1.02±1.10			
	CORE-F	SI	1.90±0.42	0.002	0.966	
		NO	1.91±0.52			
	CORE-F _{R.I.}	SI	2.91±0.65	0.776	0.384	
		NO	2.70±0.75			
	CORE-F _{R.S.}	SI	2.11±0.46	0.793	0.379	
		NO	2.29±0.69			
	CORE-F _{OTROS}	SI	0.68±0.84	0.839	0.366	
NO						

		NO	0.90±0.62			
	CORE-R	SI	0.11±0.16	1.238	0.273	
		NO	0.25±0.46			
	CORE-R _{AUTO}	SI	0.07±0.15	1.035	0.316	
		NO	0.21±0.49			
	CORE-R _{OTROS}	SI	0.18±0.32	0.883	0.354	
		NO	0.33±0.56			
	BDI	SI	6.00±3.90	0.965	0.332	
		NO	8.04±7.15			
	BAI	SI	6.71±5.91	3.538	0.068	
		NO	12.13±9.70			
Conocimiento estimado de Dm1	Escalas CORE-OM	Mal conocimiento	Puntuación escala	F	p	η^2
	CORE Total no R	SI	1.61±0.37	0.158	0.693	
		NO	1.67±0.50			
	CORE Total	SI	1.34±0.31	0.440	0.511	
		NO	1.43±0.47			
	CORE-W	SI	2.17±0.37	0.002	0.969	
		NO	2.18±0.55			
	CORE-P	SI	1.07±0.59	0.674	0.416	
		NO	1.26±0.76			
	CORE-P _{ANSIEDAD}	SI	1.12±0.72	0.459	0.502	
		NO	1.27±0.71			
	CORE-P _{DEPRESIÓN}	SI	0.85±0.56	0.700	0.407	
		NO	1.06±0.86			
	CORE-P _{TRAUMA}	SI	1.50±0.87	0.416	0.522	
		NO	1.70±0.99			
	CORE-P _{S.F.}	SI	0.96±0.80	0.168	0.684	
		NO	1.09±1.04			
	CORE-F	SI	1.97±0.31	0.263	0.611	

	NO	1.89±0.54			
CORE-F _{R.I.}	SI	2.92±0.74	1.640	0.207	
	NO	2.65±0.62			
CORE-F _{R.S.}	SI	2.13±0.63	0.053	0.818	
	NO	2.18±0.58			
CORE-F _{OTROS}	SI	0.85±0.79	0.107	0.745	
	NO	0.92±0.66			
CORE-R	SI	0.06±0.13	2.489	0.122	
	NO	0.32±0.57			
CORE-R_{AUTO}	SI	0.06±0.15	1.635	0.208	0.037
	NO	0.27±0.60			
CORE-R _{OTROS}	SI	0.04±0.14	3.855	0.056	
	NO	0.41±0.67			
BDI	SI	6.43±2.98	0.598	0.444	
	NO	8.33±8.94			
BAI	SI	10.00±7.81	0.087	0.769	
	NO	10.90±10.04			

CORE-OM=Clinical Outcomes in RoutineEvaluation-OutcomeMeasure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas / R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos /R.I.= Relaciones Íntimas / R.S.= Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión/Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

3.2.4.- Jóvenes con Dm1.

Nivel de HbA1c / Factores de Salud Psicológica

Respecto al nivel de HbA1c, buen o mal control de la enfermedad (HbA1c <7% o \geq 7%), en jóvenes con Dm1 aparecen diferencias significativas en la relación con algunos de los factores de salud psicológica.

La puntuación en CORE Total sin R en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.31 ± 0.38 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.72 ± 0.46 ($F= 4.690$, $p=0.040$). La puntuación en CORE Total en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.10 ± 0.32 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.48 ± 0.43 ($F= 4.633$, $p=0.041$).

La puntuación en la escala CORE W en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.89 ± 0.63 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 2.30 ± 0.65 ($F= 2.054$, $p=0.163$).

La puntuación en la escala CORE P en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.67 ± 0.35 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.28 ± 0.61 ($F= 6.211$, $p=0.019$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.89 ± 0.63 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.42 ± 0.77 ($F= 2.700$, $p=0.112$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.32 ± 0.35 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 0.99 ± 0.55 ($F=8.928$, $p=0.006$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.21 ± 0.70 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.68 ± 1.17 ($F= 0.989$, $p=0.329$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.36 ± 0.38 ,

mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.18 ± 0.85 ($F=6.045, p=0.021$).

La puntuación en la escala CORE F en jóvenes con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 1.75 ± 0.37 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.93 ± 0.57 ($F=0.621, p=0.438$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en personas con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 3.21 ± 0.42 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.74 ± 0.66 ($F=3.208, p=0.085$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en jóvenes con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 1.71 ± 0.64 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.28 ± 0.76 ($F=3.218, p=0.084$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en jóvenes con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.32 ± 0.53 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.95 ± 0.60 ($F=6.268, p=0.019$).

La puntuación en la escala CORE R en jóvenes con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.12 ± 0.16 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.35 ± 0.62 ($F=0.926, p=0.345$). La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en jóvenes con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.07 ± 0.19 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.28 ± 0.65 ($F=0.720, p=0.403$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en jóvenes con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 0.21 ± 0.39 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.48 ± 0.66 ($F=0.975, p=0.332$).

La puntuación en el cuestionario BDI en jóvenes con Dm1 con buen control ($HbA1c < 7\%$) es de 3.71 ± 2.29 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 7.59 ± 8.33 ($F=1.447, p=0.239$). La puntuación en el cuestionario BAI en

jóvenes con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 6.86 ± 5.11 , mientras que en jóvenes con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 9.18 ± 7.51 ($F= 0.577$, $p=0.454$).

Indicador Cognitivo / Factores de Salud Psicológica

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, en jóvenes con Dm1 no aparecen diferencias significativas respecto a los factores de salud psicológica, entre los que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en CORE Total en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.74 ± 0.47 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.64 ± 0.55 ($F= 0.311$, $p=0.581$). La puntuación en CORE Total con R en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.47 ± 0.42 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.42 ± 0.54 ($F= 0.068$, $p=0.796$).

La puntuación en la escala CORE W en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.17 ± 0.59 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.26 ± 0.76 ($F= 0.140$, $p=0.711$).

La puntuación en la escala CORE P en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.26 ± 0.67 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.15 ± 0.75 ($F= 0.187$, $p=0.668$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.38 ± 0.85 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.27 ± 0.82 ($F= 0.140$, $p=0.710$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en

jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.04 ± 0.75 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.92 ± 0.78 ($F= 0.211$, $p=0.648$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.54 ± 0.86 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.59 ± 1.18 ($F= 0.016$, $p=0.901$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.17 ± 0.91 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.93 ± 0.87 ($F= 0.613$, $p=0.439$).

La puntuación en la escala CORE F en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.08 ± 0.42 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.89 ± 0.54 ($F= 1.206$, $p=0.279$), La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.77 ± 0.72 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.93 ± 0.56 ($F= 0.561$, $p=0.459$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.42 ± 0.80 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.01 ± 0.65 ($F= 2.872$, $p=0.098$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.06 ± 0.72 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.84 ± 0.61 ($F= 1.007$, $p=0.322$).

La puntuación en la escala CORE R en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.18 ± 0.30 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.40 ± 0.68 ($F= 1.129$, $p=0.295$). La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.19 ± 0.32 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.31 ± 0.71 ($F= 0.336$, $p=0.566$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.13 ± 0.43 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.57 ± 0.74 ($F= 3.760$, $p=0.060$).

La puntuación en el cuestionario BDI en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado es de 8.46 ± 9.82 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 6.22 ± 7.74 ($F= 0.616$, $p=0.438$). La puntuación en el cuestionario BAI en jóvenes con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 12.31 ± 9.85 , mientras que en jóvenes con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 7.78 ± 7.98 ($F= 2.425$, $p=0.128$).

Tabla 10.4

Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Jóvenes con Dm1

V.I	Factores Psicológica	Salud	Buen control (SI/NO)	Puntuación escala	F	p	η^2
HbA _{1c}	Escalas CORE-OM						
	CORE Total no R	SI		1.31±0.38	4.690	0.040	0.153
		NO		1.72±0.46			

CORE Total	SI	1.10±0.32	4.633	0.041	0.151
	NO	1.48±0.43			
-CORE-W	SI	1.89±0.63	2.054	0.163	
	NO	2.30±0.65			
CORE-P	SI	0.67±0.35	6.211	0.019	0.187
	NO	1.28±0.61			
CORE-P ANSIEDAD	SI	0.89±0.63	2.70	0.112	
	NO	1.42±0.77			
CORE-P DEPRESIÓN	SI	0.32±0.35	8.928	0.006	0.249
	NO	0.99±0.55			
CORE-P TRAUMA	SI	1.21±0.70	0.989	0.329	
	NO	1.68±1.17			
CORE-Ps.F.	SI	0.36±0.38	6.045	0.021	0.183
	NO	1.18±0.85			
CORE-F	SI	1.75±0.37	0.621	0.438	
	NO	1.93±0.57			
CORE-F _{R.I.}	SI	3.21±0.42	3.208	0.085	
	NO	2.74±0.66			
CORE-F _{R.S.}	SI	1.71±0.64	3.218	0.084	
	NO	2.28±0.76			
CORE-F OTROS	SI	0.32±0.53	6.268	0.019	0.188
	NO	0.95±0.60			
CORE-R	SI	0.12±0.16	0.926	0.345	
	NO	0.35±0.62			
CORE-R _{AUTO}	SI	0.07±0.19	0.720	0.403	
	NO	0.28±0.65			
CORE-R _{OTROS}	SI	0.21±0.39	0.975	0.332	
	NO	0.48±0.66			
BDI	SI	3.71±2.29	1.447	0.239	
	NO	7.59±8.33			

		BAI	SI	6.86±5.11	0.577	0.454
			NO	9.18±7.51		
Conocimiento estimado de Dm1	Escalas CORE-OM	Mal	Puntuación	F	p	η^2
		conocimiento	escala			
CORE Total no R		SI	1.74±0.47	0.311	0.581	
		NO	1.64±0.55			
CORE Total		SI	1.47±0.42	0.068	0.796	
		NO	1.42±0.54			
CORE-W		SI	2.17±0.59	0.140	0.711	
		NO	2.26±0.76			
CORE-P		SI	1.26±0.67	0.187	0.668	
		NO	1.15±0.75			
CORE-P ANSIEDAD		SI	1.38±0.85	0.140	0.710	
		NO	1.27±0.82			
CORE-P DEPRESIÓN		SI	1.04±0.75	0.211	0.648	
		NO	0.92±0.78			
CORE-P TRAUMA		SI	1.54±0.86	0.016	0.901	
		NO	1.59±1.18			
CORE-P _{S.F.}		SI	1.17±0.91	0.613	0.439	
		NO	0.93±0.87			
CORE-F		SI	2.08±0.42	1.206	0.279	
		NO	1.89±0.54			
CORE-F _{R.I.}		SI	2.77±0.72	0.561	0.459	
		NO	2.93±0.56			
CORE-F _{R.S.}		SI	2.42±0.80	2.872	0.098	
		NO	2.01±0.65			
CORE-F _{OTROS}		SI	1.06±0.72	1.007	0.322	
		NO	0.84±0.61			
CORE-R		SI	0.18±0.30	1.129	0.295	

	NO	0.40±0.68		
CORE-R _{AUTO}	SI	0.19±0.32	0.336	0.566
	NO	0.31±0.71		
CORE-R _{OTROS}	SI	0.13±0.43	3.760	0.060
	NO	0.57±0.74		
BDI	SI	8.46±9.82	0.616	0.438
	NO	6.22±7.74		
BAI	SI	12.31±9.85	2.425	0.128
	NO	7.78±7.98		

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas/ R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos /R.I.= Relaciones Íntimas / R.S.= Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión/Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

3.2.5.- Adultos con Dm1.

Respecto al nivel de HbA1c, buen o mal control de la enfermedad (HbA1c <7% o \geq 7%), en adultos con Dm1 no aparecen diferencias significativas en la relación con factores de salud psicológica.

La puntuación en CORE Total sin R en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.46±0.37, mientras que en adultos con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.54±0.39 (F= 0.653, $p=0.423$). La puntuación en CORE Total en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.24±0.0.35, mientras que en adultos con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.32±0.36 (F= 0.618, $p=0.436$).

La puntuación en la escala CORE W en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.93±0.45, mientras que en adultos con Dm1 con mal control (\geq 7%) es de 1.99±0.38 (F= 0.239, $p=0.627$).

La puntuación en la escala CORE P en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.95 ± 0.64 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.08 ± 0.67 ($F= 0.523$, $p=0.473$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.97 ± 0.72 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.17 ± 0.76 ($F= 0.983$, $p=0.326$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.66 ± 0.58 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.88 ± 0.80 ($F=1.175$, $p=0.284$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.28 ± 0.88 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.31 ± 0.93 ($F= 0.012$, $p=0.913$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.04 ± 0.78 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.03 ± 1.09 ($F= 0.001$, $p=0.974$).

La puntuación en la escala CORE F en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 1.81 ± 0.37 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 1.88 ± 0.34 ($F= 0.483$, $p=0.490$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 2.78 ± 0.74 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.97 ± 0.64 ($F= 0.913$, $p=0.344$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 2.01 ± 0.46 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 2.04 ± 0.58 ($F= 0.047$, $p=0.829$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.63 ± 0.70 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.65 ± 0.60 ($F= 0.008$, $p=0.929$).

La puntuación en la escala CORE R en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.21 ± 0.49 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.24 ± 0.43 ($F= 0.057$, $p=0.812$). La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.16 ± 0.46 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.22 ± 0.45 ($F= 0.172$, $p=0.680$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 0.30 ± 0.62 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 0.29 ± 0.56 ($F= 0.005$, $p=0.945$).

La puntuación en el cuestionario BDI en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 5.29 ± 3.73 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 5.86 ± 6.96 ($F= 0.119$, $p=0.732$). La puntuación en el cuestionario BAI en adultos con Dm1 con buen control (HbA1c <7%) es de 5.67 ± 5.36 , mientras que en adultos con Dm1 con mal control ($\geq 7\%$) es de 8.37 ± 9.51 ($F= 1.358$, $p=0.250$).

Indicador Cognitivo /Factores de Salud Psicológica

En cuanto al conocimiento estimado de la enfermedad, en adultos con Dm1 aparecen algunas diferencias significativas respecto a los factores de salud psicológica, entre los que no estiman y estiman tener un conocimiento adecuado de la Dm1.

La puntuación en CORE Total sin R en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.47 ± 0.35 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.51 ± 0.42 ($F= 0.161$, $p=0.690$), La puntuación en CORE Total en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.25 ± 0.34 , mientras que en

adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.25 ± 0.44 ($F= 0.002$, $p=0.968$),

La puntuación en la escala CORE W en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 2.08 ± 0.34 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.82 ± 0.50 ($F= 4.944$, $p=0.030$).

La puntuación en la escala CORE P en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.88 ± 0.60 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.14 ± 0.69 ($F= 2.207$, $p=0.143$). La puntuación en la subescala CORE P-Ansiedad en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.88 ± 0.73 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.20 ± 0.69 ($F= 2.792$, $p=0.101$). La puntuación en la subescala CORE P-Depresión en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.69 ± 0.64 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.89 ± 0.75 ($F= 1.131$, $p=0.292$). La puntuación en la subescala CORE P-Trauma en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.08 ± 0.70 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.50 ± 0.98 ($F= 3.111$, $p=0.083$). La puntuación en la subescala CORE P-Síntomas Físicos en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.06 ± 0.90 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.09 ± 0.96 ($F= 0.015$, $p=0.902$).

La puntuación en la escala CORE F en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.85 ± 0.28 , mientras que en adultos

con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.77 ± 0.37 ($F= 0.711$, $p=0.403$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Íntimas en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 3.07 ± 0.58 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 2.64 ± 0.66 ($F= 6.497$, $p=0.014$). La puntuación en la subescala CORE F-Relaciones Sociales en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 1.94 ± 0.26 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 1.99 ± 0.54 ($F= 0.207$, $p=0.651$). La puntuación en la subescala CORE F-Otros en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.56 ± 0.63 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.69 ± 0.63 ($F= 0.541$, $p=0.465$).

La puntuación en la escala CORE R en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.21 ± 0.48 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.27 ± 0.48 ($F= 0.157$, $p=0.694$). La puntuación en la subescala CORE R-Autoagresión en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.18 ± 0.46 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.23 ± 0.48 ($F= 0.202$, $p=0.655$). La puntuación en la subescala CORE R-Agresión a terceros en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 0.29 ± 0.61 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 0.33 ± 0.60 ($F= 0.050$, $p=0.824$).

La puntuación en el cuestionario BDI en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 3.96 ± 3.60 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 6.29 ± 6.76 ($F= 2.259$,

$p=0.139$). La puntuación en el cuestionario BAI en adultos con Dm1 que no estiman tener un conocimiento adecuado de la enfermedad es de 6.17 ± 6.29 , mientras que en adultos con Dm1 que estiman un conocimiento adecuado es de 8.60 ± 9.05 ($F= 1.203$, $p=0.278$).

Tabla 10-5

Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Adultos con Dm1.

V.I	Factores Salud Psicológica	Buen control (SI/NO)	Puntuación escala	F	p	η^2
HbA _{1c}	CORE Total no R	SI	1.46±0.37	0.653	0.423	
		NO	1.54±0.39			
	CORE Total	SI	1.24±0.0.35	0.618	0.436	
		NO	1.32±0.36			
	CORE-W	SI	1.93±0.45	0.239	0.627	
		NO	1.99±0.38			
	CORE-P	SI	0.95±0.64	0.523	0.473	
		NO	1.08±0.67			
	CORE-P _{ANSIEDAD}	SI	0.97±0.72	0.983	0.326	
		NO	1.17±0.76			
	CORE-P _{DEPRESIÓN}	SI	0.66±0.58	1.175	0.284	
		NO	0.88±0.80			
	CORE-P _{TRAUMA}	SI	1.28±0.88	0.012	0.913	
		NO	1.31±0.93			
	CORE-P _{S.F.}	SI	1.04±0.78	0.001	0.974	
		NO	1.03±1.09			

	CORE-F	SI	1.81±0.37	0.483	0.490	
		NO	1.88±0.34			
	CORE-F _{R.I.}	SI	2.78±0.74	913	0.344	
		NO	2.97±0.64			
	CORE-F _{R.S.}	SI	2.01±0.46	0.047	0.829	
		NO	2.04±0.58			
	CORE-F _{OTROS}	SI	0.63±0.70	0.008	0.929	
		NO	0.65±0.60			
	CORE-R	SI	0.21±0.49	0.057	0.812	
		NO	0.24±0.43			
	CORE-R _{AUTO}	SI	0.16±0.46	0.172	0.680	
		NO	0.22±0.45			
	CORE-R _{OTROS}	SI	0.30±0.62	0.005	0.945	
		NO	0.29±0.56			
	BDI	SI	5.29±3.73	0.119	0.732	
		NO	5.86±6.96			
	BAI	SI	5.67±5.36	1.358	0.250	
		NO	8.37±9.51			
Conocimiento estimado de Dm1	Escalas CORE-OM	Mal conocimiento	Puntuación escala	F	p	η ²
	CORE Total no R	SI	1.47±0.35	0.161	0.690	
		NO	1.51±0.42			
	CORE Total	SI	1.25±0.34	0.002	0.968	
		NO	1.25±0.44			
	CORE-W	SI	2.08±0.34	4.944	0.030	0.084
		NO	1.82±0.50			
	CORE-P	SI	0.88±0.60	2.207	0.143	
		NO	1.14±0.69			
	CORE-P _{ANSIEDAD}	SI	0.88±0.73	2.792	0.101	

	NO	1.20±0.69			
CORE-P _{DEPRESIÓN}	SI	0.69±0.64	1.131	0.292	
	NO	0.89±0.75			
CORE-P _{TRAUMA}	SI	1.08±0.70	3.111	0.083	
	NO	1.50±0.98			
CORE-P _{S.F.}	SI	1.06±0.90	0.015	0.902	
	NO	1.09±0.96			
CORE-F	SI	1.85±0.28	0.711	0.403	
	NO	1.77±0.37			
CORE-F _{R.I.}	SI	3.07±0.58	6.497	0.014	0.107
	NO	2.64±0.66			
CORE-F _{R.S.}	SI	1.94±0.26	0.207	0.651	
	NO	1.99±0.54			
CORE-F _{OTROS}	SI	0.56±0.63	0.541	0.465	
	NO	0.69±0.63			
CORE-R	SI	0.21±0.48	0.157	0.694	
	NO	0.27±0.48			
CORE-R _{AUTO}	SI	0.18±0.46	0.202	0.655	
	NO	0.23±0.48			
CORE-R _{OTROS}	SI	0.29±0.61	0.050	0.824	
	NO	0.33±0.60			
BDI	SI	3.96±3.60	2.259	0.139	
	NO	6.29±6.76			
BAI	SI	6.17±6.29	1.203	0.278	
	NO	8.60±9.05			

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas/ R= Riesgo.

S.F.= Síntomas Físicos / R.I.= Relaciones Íntimas / R.S.= Relaciones Sociales /Auto= Riesgo de autoagresión/Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

4.- Análisis de los prototipos de Asendorpf.

4.1.- Análisis descriptivo de prototipos de Asendorpf en muestra de casos y muestra control.

Los diferentes prototipos han aparecido en la muestra de casos y en la muestra control; así como en las muestras de hombres y mujeres, y en las muestras de jóvenes y adultos. No aparecen diferencias significativas en las comparaciones entre participantes con Dm1 y control, ni en la comparación de sexos. En la comparación respecto a la edad, sí aparecen diferencias significativas al comparar jóvenes y adultos en el grupo control. Los porcentajes en los que aparecen dichos prototipos son los siguientes:

En la comparación de la muestra de casos y muestra control, en personas con Dm1 un 51.90% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 24.00% son resilientes, un 6.70% son sobrecontrolados y un 17.30% son subcontrolados. Mientras que en el grupo control un 50.00% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 14.70% son resilientes, un 12.10% son sobrecontrolados y un 23.20% son subcontrolados ($X^2=6.268$, $p=0.099$). Estos porcentajes se reflejan en la tabla 11-1:

Tabla 11-1

Porcentajes prototipos en muestras de casos y control

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Dm1	51.90	24.00	6.70	17.30
Control	50.00	14.70	12.10	23.20

$X^2=6.268$, $p=0.099$

4.2.- Análisis descriptivo de prototipos de Asendorpf. Diferencias respecto al sexo.

En la comparación de la muestra de hombres de casos y muestra de hombres control, en hombres con Dm1 un 53.10% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 22.40% son resilientes, un 6.10% son sobrecontrolados y un 18.40% son subcontrolados. Mientras que en el grupo control un 47.70% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 15.30% son resilientes, un 11.70% son sobrecontrolados y un 25.20% son subcontrolados ($X^2=2.936$, $p=0.402$). Estos porcentajes se reflejan en la tabla 11-2:

Tabla 11-2

Porcentajes prototipos en muestras de hombres de casos y control

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Dm1	53.10	22.40	6.10	18.40
Control	47.70	15.30	11.70	25.20

$X^2=2.936$, $p=0.402$

En la comparación de la muestra de mujeres de casos y muestra de mujeres control, en mujeres con Dm1 un 52.70% de ellas no son clasificadas en ningún prototipo, un 25.50% son resilientes, un 10.90% son sobrecontroladas y un 10.90% son subcontroladas. Mientras que en el grupo control un 53.20% de ellas no son clasificadas en ningún prototipo, un 20.30% son resilientes, un 12.70% son sobrecontroladas y un 13.90% son subcontroladas ($X^2=0.708$, $p=0.871$). Estos porcentajes se reflejan en la tabla 11-3:

Tabla 11-3*Porcentajes prototipos en muestras de mujeres de casos y control*

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Dm1	52.70	25.50	10.90	10.90
Control	53.20	20.30	12.70	13.90

$X^2=0.708, p=0.871$

Si se comparan los porcentajes de prototipos en hombres y mujeres con Dm1, los resultados son los siguientes:

En el grupo de hombres con Dm1 un 50.00% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 26.90% son resilientes, un 7.70% son sobrecontrolados y un 15.40% son subcontrolados. Mientras que en el grupo de mujeres con Dm1 un 51.10% de ellas no son clasificados en ningún prototipo, un 22.40% son resilientes, un 6.10% son sobrecontroladas y un 20.40% son subcontroladas ($X^2=0.656, p=0.883$).

Si se comparan los porcentajes de prototipos en hombres y mujeres de la muestra control, los resultados son los siguientes:

En el grupo de hombres del grupo control un 53.20% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 20.30% son resilientes, un 12.70% son sobrecontrolados y un 13.90% son subcontrolados. Mientras que en el grupo de mujeres con Dm1 un 47.70% de ellas no son clasificadas en ningún prototipo, un 15.30% son resilientes, un 11.70% son sobrecontroladas y un 25.20% son subcontroladas ($X^2=3.825, p=0.281$).

Estos porcentajes se reflejan en la tabla 11-4:

Tabla 11-4

Porcentajes prototipos en comparación por sexos.

Tabla 11-4-1

Porcentajes de prototipos en muestras de hombres y mujeres con Dm1

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Hombres	50.00	26.90	7.70	15.40
Mujeres	51.00	22.40	6.10	20.40

$X^2=0.656, p=0.883$

Tabla 11-4-2

Porcentajes de prototipos en muestras de hombres y mujeres control

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Hombres	53.20	20.30	12.70	13.90
Mujeres	47.70	15.30	11.70	25.20

$X^2=3.825, p=0.281$

4.3.- Análisis descriptivo de prototipos de Asendorpf. Diferencias respecto a la edad

En la comparación de la muestra de jóvenes ($n=21$ años) de casos y muestra de jóvenes ($n=21$ años) control, en jóvenes con Dm1 un 54.80% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 14.30% son resilientes, un 9.50% son sobrecontrolados y un 21.40% son subcontrolados. Mientras que en el grupo de jóvenes control un 56.10% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 9.20% son resilientes, un 16.30% son sobrecontrolados y un 18.40% son subcontrolados ($X^2=1.819, p=0.611$). Estos porcentajes se reflejan en la tabla 11-5:

Tabla 11-5

Porcentajes prototipos en jóvenes (\geq 21 años).

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Dm1	54.80	14.30	9.50	21.40
Control	56.10	9.20	16.30	18.40

$X^2=1.819, p=0.611$

Escriba aquí la ecuación.

En la comparación de la muestra de adultos (≥ 22 años) de casos y muestra de adultos (≥ 22 años) control, en adultos con Dm1 un 51.60% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 30.60% son resilientes, un 8.10% son sobrecontrolados y un 9.70% son subcontrolados. Mientras que en el grupo de adultos control, un 43.50% de ellos no son clasificados en ningún prototipo, un 26.10% son resilientes, un 7.60% son sobrecontrolados y un 22.80% son subcontrolados ($X^2=4.462, p=0.216$). Estos porcentajes se reflejan en la tabla 11-6:

Tabla 11-6

Porcentajes prototipos en adultos (≥ 22 años).

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Dm1	51.60	30.60	8.10	9.70
Control	43.50	26.10	7.60	22.80

$X^2=4.462, p=0.216$

Si comparamos los porcentajes de prototipos en las muestras de jóvenes (\geq 21 años) y de adultos (≥ 22 años) con Dm1, los resultados son los siguientes:

En jóvenes (\geq 21 años) con Dm1, un 53.70% no son clasificados en ningún prototipo, un 14.60% son resilientes, un 9.80% son sobrecontrolados y un 22.00% son

subcontrolados. Mientras que en el grupo de adultos (≥ 22 años), un 48.30% no son clasificados en ningún prototipo, un 31.70% son resilientes, un 5.00% son sobrecontrolados y un 15.00% son subcontrolados ($X^2=4.447, p=0.217$).

Si comparamos los porcentajes de prototipos en las muestras de jóvenes (21 años) y adultos (≥ 22 años) del grupo control, los resultados son los siguientes:

En jóvenes control, un 56.10% no son clasificados en ningún prototipo, un 9.20% son resilientes, un 16.30% son sobrecontrolados y un 18.40% son subcontrolados. Mientras que en el grupo de adultos control, un 43.50% no son clasificados en ningún prototipo, un 26.10% son resilientes, un 7.60% son sobrecontrolados y un 22.80% son subcontrolados ($X^2=12.762, p=0.005$).

Estos porcentajes se reflejan en estos porcentajes se reflejan en la tabla 11-7:

Tabla 11-7

Porcentajes prototipos en ambas muestras, según edad.

Tabla 11-7-1

Porcentaje prototipos en jóvenes y adultos con Dm1.

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Jóvenes Dm1	53.70	14.60	9.80	22.00
AdultosDm1	48.30	31.70	5.00	15.00

$X^2=4.447, p=0.217$

Tabla 11-7-2

Porcentaje prototipos en jóvenes y adultos control.

	No Clasificados (%)	Resilientes (%)	Sobrecontrolados (%)	Subcontrolados (%)
Jóvenes Control	56.10	9.20	16.30	18.40
Adultos Control	43.50	26.10	7.60	22.80

$X^2=12.762, p=0.005$

4.4.- Análisis de la relación entre Prototipos de Asendorpf, Adherencia y Factores de Salud Psicológica.

Las variables a tener en cuenta en la Adherencia han sido:

- Los niveles de HbA_{1C} (Adherencia real), considerado como un indicador del correcto autocuidado.
- La adherencia percibida: Variable basada en hábitos conductuales informados por la persona (consumo de tabaco y alcohol, seguimiento de dieta adecuada y realización de ejercicio físico).
- El error de estimación de adherencia: es la diferencia entre la adherencia real y la adherencia percibida.

Hemos encontrado diferencias significativas entre los prototipos en algunas de estas variables, en algunos de los grupos evaluados, en la muestra de casos, en los hombres con Dm1 y en adultos con Dm1.

Así mismo, también hemos encontrado diferencias significativas en los prototipos respecto a factores de salud psicológica.

4.4.1.- Muestra de casos

En el grupo de personas con Dm1 aparecen diferencias significativas en la adherencia percibida y en el error de estimación.

Respecto a los niveles de HbA_{1c}, no aparecen diferencias significativas entre prototipos. La media del nivel de HbA_{1c} en resilientes es de 7.62 ± 1.16 ; en los sobrecontrolados es de 6.68 ± 1.43 ; y en los subcontrolados es de 7.25 ± 0.98 ($F=1.484$, $p=0.240$).

En la adherencia percibida si aparecen diferencias significativas entre prototipos. En concreto, los subcontrolados son los que mayor adherencia estiman tener (1.74 ± 0.97) mientras que los resilientes son los que menor adherencia creen tener (0.99 ± 0.90); los sobrecontrolados muestran una adherencia percibida de 1.61 ± 0.87 ($F=3.664$, $p=0.033$).

Así mismo en el error de estimación también aparecen diferencias significativas. Los que menor error presentan son los sobrecontrolados (-0.32 ± 1.74) y los resilientes los que mayor error presentan (1.71 ± 1.45); los subcontrolados muestran un error de estimación de 0.42 ± 1.54 ($F=4.985$, $p=0.012$).

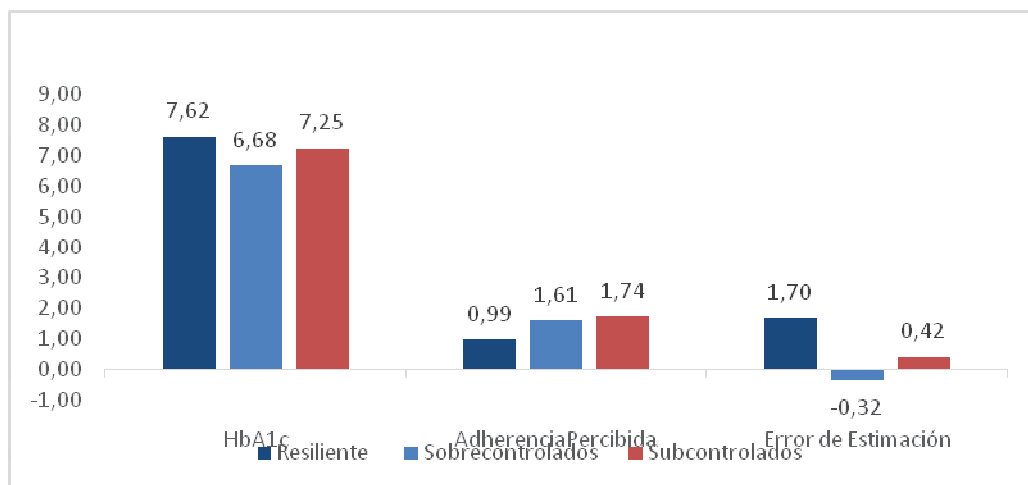
Estos datos se recogen en la Tabla 12-1:

Tabla 12-1

Datos de adherencia en muestra de casos.

	Resiliente	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	<i>p</i>	η^2
HbA1c	7.62±1.16	6.68±1.43	7.25±0.98	1.484	0.240	
Adherencia Percibida	0.99±0.90	1.61±0.87	1.74±0.97	3.664	0.033	0.137
Error de Estimación	1.70±1.45	-0.32±1.74	0.42±1.54	4.985	0.012	0.222

HbA1c= Hemoglobina Glucosilada

Figura 2-1*Datos Adherencia de Prototipos en la Muestra de Casos*

En cuanto a los factores de salud psicológica, los resultados indican que existen diferencias significativas entre prototipos en algunas de las escalas y subescalas, tanto en el grupo de personas con Dm1 como en el grupo control.

Las puntuaciones en las diferentes escalas y subescalas son las siguientes:

En la escala CORE Total sin R, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.36 ± 0.30 , los sobrecontrolados 1.92 ± 0.77 y los subcontrolados 1.57 ± 0.49 ($F=3.837$, $p=0.029$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.53 ± 0.40 , los sobrecontrolados 1.85 ± 0.45 y los subcontrolados 1.63 ± 0.41 ($F=3.919$, $p=0.023$). En la escala CORE Total, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.12 ± 0.25 , los sobrecontrolados 1.73 ± 0.80 y los subcontrolados 1.36 ± 0.44 ($F=5.227$, $p=0.009$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.28 ± 0.36 , los sobrecontrolados 1.58 ± 0.41 y los subcontrolados 1.41 ± 0.39 ($F=4.053$, $p=0.021$).

En la escala CORE W, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.93 ± 0.34 , los sobrecontrolados 2.46 ± 0.83 y los subcontrolados 1.88 ± 0.77 ($F=2.545$, $p=0.090$).

En la muestra control, los resilientes puntúan 2.21 ± 0.67 , los sobrecontrolados 1.90 ± 0.52 y los subcontrolados 2.07 ± 0.64 ($F=1.496$, $p=0.230$).

En la escala CORE P (Problemas / Síntomas), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.73 ± 0.49 , los sobrecontrolados 1.68 ± 0.86 y los subcontrolados 1.24 ± 0.70 ($F=7.354$, $p=0.002$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.92 ± 0.54 , los sobrecontrolados 1.82 ± 0.73 y los subcontrolados 1.21 ± 0.69 ($F=12.095$, $p=0.000$). En la subescala CORE P-Ansiedad, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.92 ± 0.69 , los sobrecontrolados 1.71 ± 0.88 y los subcontrolados 1.32 ± 0.79 ($F=3.508$, $p=0.038$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.90 ± 0.59 , los sobrecontrolados 1.87 ± 0.71 y los subcontrolados 1.31 ± 0.83 ($F=10.972$, $p<0.001$). En la subescala CORE P-Depresión, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.47 ± 0.57 , los sobrecontrolados 1.64 ± 0.96 y los subcontrolados 0.99 ± 0.62 ($F=9.628$, $p<0.001$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.73 ± 0.55 , los sobrecontrolados 1.76 ± 1.08 y los subcontrolados 1.01 ± 0.70 ($F=11.864$, $p<0.001$). En la subescala CORE P-Trauma, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.00 ± 0.77 , los sobrecontrolados 2.00 ± 0.82 y los subcontrolados 1.59 ± 1.15 ($F=3.998$, $p=0.025$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.38 ± 1.04 , los sobrecontrolados 1.85 ± 0.79 y los subcontrolados 1.42 ± 0.96 ($F=1.951$, $p=0.148$). En la subescala CORE P-Síntomas Físicos, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.63 ± 0.61 , los sobrecontrolados 1.36 ± 1.07 y los subcontrolados 1.12 ± 0.91 ($F=3.194$, $p=0.050$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.89 ± 0.79 , los sobrecontrolados 1.80 ± 0.91 y los subcontrolados 1.16 ± 0.99 ($F=6.567$, $p=0.002$).

En la escala CORE F-Funcionamiento Diario, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.84 ± 0.32 , los sobrecontrolados 2.04 ± 0.51 y los subcontrolados

1.72±0.55 ($F=1.267$, $p=0.292$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.94±0.42, los sobrecontrolados 1.87±0.34 y los subcontrolados 1.90±0.29 ($F=0.249$, $p=0.780$). En la subescala CORE F-Relaciones Íntimas, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 3.11±0.59, los sobrecontrolados 2.39±0.67 y los subcontrolados 2.62±0.54 ($F=5.925$, $p=0.005$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.95±0.84, los sobrecontrolados 2.16±0.60 y los subcontrolados 2.65±0.69 ($F=9.600$, $p=0.001$). En la subescala CORE F-Relaciones Sociales, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 2.04±0.48, los sobrecontrolados 2.50±0.75 y los subcontrolados 1.94±0.67 ($F=2.275$, $p=0.114$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.05±0.50, los sobrecontrolados 2.16±0.51 y los subcontrolados 2.04±0.39 ($F=0.575$, $p=0.564$). En la subescala CORE F-General, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.40±0.44, los sobrecontrolados 1.21±0.57 y los subcontrolados 0.87±0.68 ($F=7.389$, $p=0.002$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.68±0.62, los sobrecontrolados 1.28±0.73 y los subcontrolados 1.01±0.66 ($F=5.293$, $p=0.007$).

En la escala CORE R-Riesgo, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.02±0.07, los sobrecontrolados 0.76±1.05 y los subcontrolados 0.36±0.49 ($F=7.042$, $p=0.002$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.11±0.22, los sobrecontrolados 0.34±0.42 y los subcontrolados 0.40±0.61 ($F=3.284$, $p=0.042$). En la subescala CORE R-Autoagresión, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.02±0.10, los sobrecontrolados 0.79±1.07 y los subcontrolados 0.19±0.50 ($F=6.422$, $p=0.004$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.03±0.10, los sobrecontrolados 0.35±0.59 y los subcontrolados 0.30±0.59 ($F=3.381$, $p=0.038$). En la subescala CORE R-Daño a terceros, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.02±0.10, los sobrecontrolados 0.71±1.07 y los subcontrolados 0.71±0.61 ($F=9.670$,

$p < 0.001$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.25 ± 0.57 , los sobrecontrolados 0.30 ± 0.39 y los subcontrolados 0.62 ± 0.82 ($F = 3.139$, $p = 0.048$).

En el Cuestionario de depresión de Beck (BDI), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 3.22 ± 3.12 , los sobrecontrolados 21.60 ± 16.49 y los subcontrolados 5.47 ± 4.70 ($F = 17.361$, $p < 0.001$). En la muestra control, los resilientes puntúan 3.82 ± 3.06 , los 11.60 ± 5.19 y los subcontrolados 7.72 ± 6.44 ($F = 15.248$, $p < 0.001$).

En el Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 4.91 ± 5.30 , los sobrecontrolados 17.80 ± 13.22 y los subcontrolados 7.67 ± 8.31 ($F = 5.862$, $p < 0.001$). En la muestra control, los resilientes puntúan 5.16 ± 5.57 , los sobrecontrolados 13.26 ± 7.93 y los subcontrolados 11.37 ± 11.32 ($F = 6.538$, $p = 0.002$).

Estos resultados se recogen en la tabla 12-2:

Tabla 12-2

Puntuaciones de las escalas del CORE-OM en los diferentes prototipos

Escala		Resilientes	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	p	η^2
Total CORE no R	Dm	1.36±0.30	1.92±0.77	1.57±0.49	3.837	0.029	0.151
	Control	1.53±0.40	1.85±0.45	1.63±0.41	3.919	0.023	0.079
CORE W	Dm	1.93±0.34	2.46±0.83	1.88±0.77	2.545	0.090	
	C	2.21±0.67	1.90±0.52	2.07±0.64	1.496	0.230	
CORE P	Dm	0.73±0.49	1.68±0.86	1.24±0.70	7.354	0.002	0.246
	C	0.92±0.54	1.82±0.73	1.21±0.69	12.095	0.000	0.210
CORE P <small>Ansiedad</small>	Dm	0.92±0.69	1.71±0.88	1.32±0.79	3.508	0.038	0.135
	C	0.90±0.59	1.87±0.71	1.31±0.83	10.972	0.000	0.194
CORE P <small>Depresión</small>	Dm	0.47±0.57	1.64±0.96	0.99±0.62	9.628	0.000	0.300
	C	0.73±0.55	1.76±1.08	1.01±0.70	11.864	0.000	0.207
CORE P <small>Trauma</small>	Dm	1.00±0.77	2.00±0.82	1.59±1.15	3.998	0.025	0.151

	C	1.38±1.04	1.85±0.79	1.42±0.96	1.951	0.148	
CORE P_{S.F.}	Dm	0.63±0.61	1.36±1.07	1.12±0.91	3.194	0.050	0.124
	C	0.89±0.79	1.80±0.91	1.16±0.99	6.567	0.002	0.126
CORE F	Dm	1.84±0.32	2.04±0.51	1.72±0.55	1.267	0.292	
	C	1.94±0.42	1.87±0.34	1.90±0.29	0.249	0.780	
CORE F_{RI}	Dm	3.11±0.59	2.39±0.67	2.62±0.54	5.925	0.005	0.208
	C	2.95±0.84	2.16±0.60	2.65±0.69	9.600	0.001	0.143
CORE F _{RS}	Dm	2.04±0.48	2.50±0.75	1.94±0.67	2.275	0.114	
	C	2.05±0.50	2.16±0.51	2.04±0.39	0.575	0.564	
CORE F_{General}	Dm	0.40±0.44	1.21±0.57	0.87±0.68	7.389	0.002	0.247
	C	0.68±0.62	1.28±0.73	1.01±0.66	5.293	0.007	0.104
CORE R	Dm	0,02±0,07	0.76±1.05	0.36±0.49	7.042	0.002	0.238
	C	0,11±0.22	0.34±0.42	0.40±0.61	3.284	0.042	0.067
CORE R_{Auto.}	Dm	0,02±0,10	0.79±1.07	0.19±0.50	6.422	0.004	0.222
	C	0.03±0,10	0.35±0.59	0.30±0.59	3.381	0.038	0.069
CORE R_{Otros}	Dm	0.02±0.10	0.71±1.07	0.71±0.61	9.670	0.000	0.301
	C	0,25±0,57	0,30±0.39	0.62±0.82	3.139	0.048	0.065
TotalCORE	Dm	1.12±0.25	1.73±0.80	1.36±0.44	5.227	0.009	0.196
	C	1.28±0.36	1.58±0.41	1.41±0.39	4.053	0.021	0.082
Beck	Dm	3.22±3.12	21.60±16.49	5.47±4.70	17.361	0.000	0.465
	C	3.82±3.06	12.13±6.63	7.72±6.44	15.248	0.000	0.249
BAI	Dm	4.91±5.30	17.80±13.22	7.67±8.31	5.862	0.000	0.231
	C	5.16±5.57	13.26±7.93	11.37±11.32	6.538	0.002	0.128

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

Dm=Diabetes / C=Control

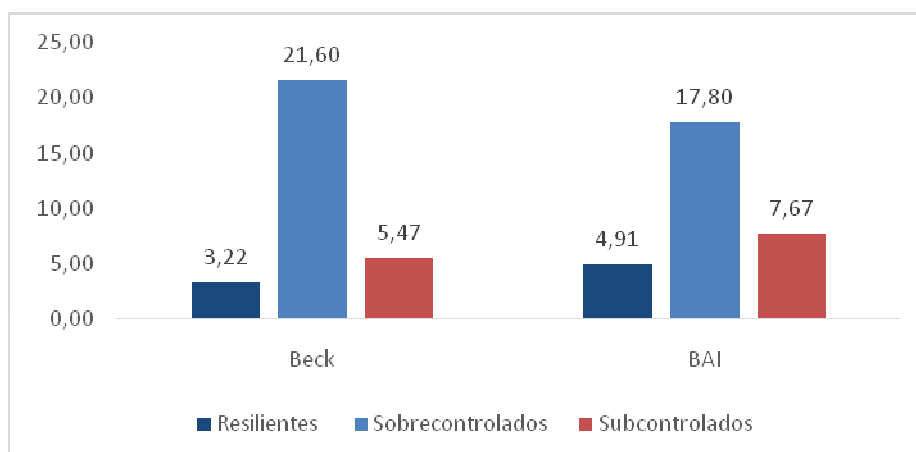
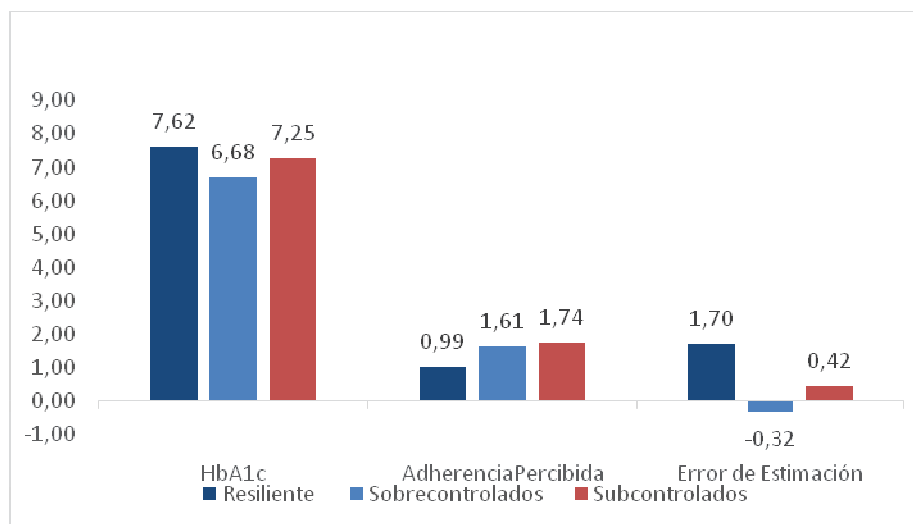
W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / R= Riesgo

S.F.= Síntomas Físicos /RI= Relaciones Íntimas/ RS=Relaciones Sociales /.Auto= Riesgo de autoagresión/Otros= Riesgo de daño a terceros. BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

Figuras 2.2 y 2.3

Factores de Salud Psicológica en Prototipos de la Muestra de Casos



4.4.2.- Hombres

En los hombres con Dm1 aparecen diferencias significativas entre prototipos en el error de estimación. Estos datos se muestran en tabla 52.

Respecto a los niveles de HbA_{1C}, los resilientes muestran una media de 8.13 ± 1.28 , en sobrecontrolados es de 6.83 ± 1.61 y en subcontrolados es de 6.67 ± 0.82 ($F=3.363$, $p=0.057$).

Respecto a la adherencia percibida, los valores son en resilientes 1.03 ± 0.76 , en sobrecontrolados 1.88 ± 0.51 y en subcontrolados 1.80 ± 1.07 ($F=2.417$, $p=0.112$).

Respecto al error de estimación si existen diferencias significativas entre prototipos. los que mayor error presentan son los resilientes (2.16 ± 1.50), y los que menor error presentan son los subcontrolados (-0.21 ± 1.64); los sobrecontrolados muestran una puntuación de -0.05 ± 1.89 ($F=5.376$, $p=0.012$).

Tabla 13-1

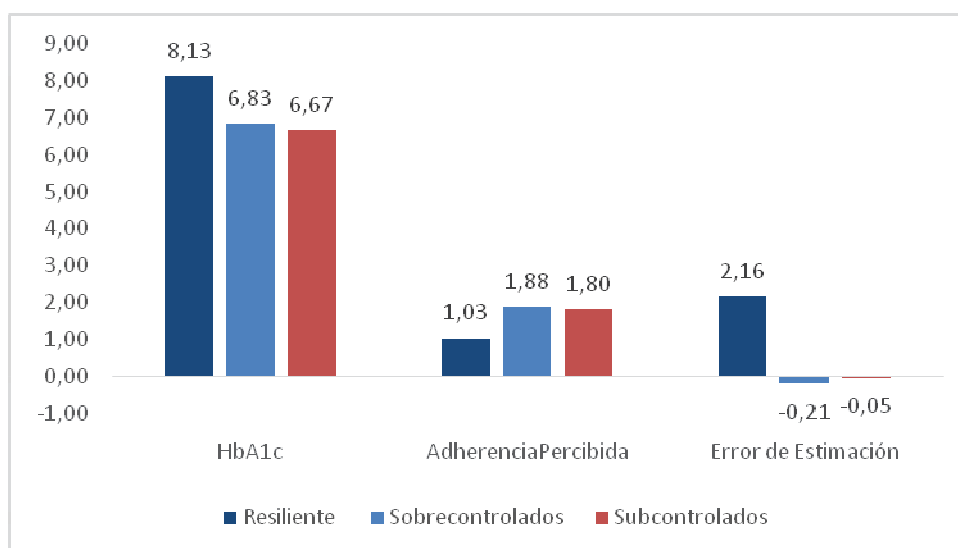
Datos de adherencia Hombres Dm1

	Resiliente	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	p	η^2
HbA1c	8.13±1.28	6.83±1.61	6.67±0.82	3.363	0.057	
Adherencia Percibida	1.03±0.76	1.88±0.51	1.80±1.27	2.417	0.112	
Error de Estimación	2.16±1.50	-0.21±1.64	-0.05±1.89	5.376	0.015	0.374

HbA1C= Hemoglobina Glucosilada

Figura 3-1

Datos de Adherencia en Prototipos de Hombres con Dm1.



En cuanto a los factores de salud psicológica, los resultados indican que existen diferencias significativas entre prototipos en algunas de las escalas y subescalas, tanto en el grupo de hombres con Dm1 como en el grupo de hombres control.

En la escala CORE Total sin R, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.34 ± 0.33 , los sobrecontrolados 1.82 ± 0.52 y los subcontrolados 1.36 ± 0.58 ($F=0.189$, $p=0.829$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.41 ± 0.40 , los sobrecontrolados 1.92 ± 0.44 y los subcontrolados 1.49 ± 0.26 ($F=6.151$, $p=0.023$). En la escala CORE Total, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.11 ± 0.28 , los sobrecontrolados 1.66 ± 0.52 y los subcontrolados 1.16 ± 0.51 ($F=0.255$, $p=0.777$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.22 ± 0.41 , los sobrecontrolados 0.40 ± 0.32 y los subcontrolados 0.59 ± 0.70 ($F=5.590$, $p=0.008$).

En la escala CORE W, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.89 ± 0.29 , los sobrecontrolados 2.25 ± 0.61 y los subcontrolados 1.61 ± 0.99 ($F=1.176$, $p=0.328$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.98 ± 0.70 , los sobrecontrolados 1.95 ± 0.59 y los subcontrolados 2.00 ± 0.61 ($F=0.016$, $p=0.984$).

En la escala CORE P (Problemas / Síntomas), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.68 ± 0.50 , los sobrecontrolados 1.61 ± 0.38 y los subcontrolados 0.98 ± 0.78 ($F=3.387$, $p=0.053$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.75 ± 0.49 , los sobrecontrolados 1.85 ± 0.62 y los subcontrolados 0.93 ± 0.52 ($F=13.842$, $p=0.000$). En la subescala CORE P-Ansiedad, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.84 ± 0.62 , los sobrecontrolados 1.75 ± 0.20 y los subcontrolados 0.93 ± 0.94 ($F=2.793$, $p=0.083$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.67 ± 0.47 , los sobrecontrolados 1.93 ± 0.69 y los subcontrolados 0.84 ± 0.45 ($F=18.395$, $p=0.000$). En la subescala CORE P-Depresión, en la muestra de casos, los

resilientes puntúan 0.38 ± 0.55 , los sobrecontrolados 1.50 ± 0.61 y los subcontrolados 0.86 ± 0.75 ($F=5.479$, $p=0.012$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.64 ± 0.53 , los sobrecontrolados 1.80 ± 0.94 y los subcontrolados 0.82 ± 0.63 ($F=9.246$, $p=0.001$). En la subescala CORE P-Trauma, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.93 ± 0.76 , los sobrecontrolados 1.75 ± 0.29 y los subcontrolados 1.36 ± 1.38 ($F=1.389$, $p=0.270$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.09 ± 0.88 , los sobrecontrolados 1.85 ± 0.42 y los subcontrolados 1.45 ± 0.76 ($F=3.206$, $p=0.053$). En la subescala CORE P-Síntomas Físicos, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.75 ± 0.67 , los sobrecontrolados 1.38 ± 0.85 y los subcontrolados 0.93 ± 0.79 ($F=1.143$, $p=0.337$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.81 ± 0.83 , los sobrecontrolados 1.80 ± 0.79 y los subcontrolados 0.82 ± 0.90 ($F=4.981$, $p=0.013$).

En la escala CORE F-Funcionamiento Diario, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.82 ± 0.30 , los sobrecontrolados 1.96 ± 0.45 y los subcontrolados 1.67 ± 0.39 ($F=0.530$, $p=0.596$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.86 ± 0.44 , los sobrecontrolados 1.99 ± 0.36 y los subcontrolados 1.87 ± 0.20 ($F=0.410$, $p=0.667$). En la subescala CORE F-Relaciones Íntimas, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 3.20 ± 0.54 , los sobrecontrolados 2.13 ± 0.72 y los subcontrolados 2.82 ± 0.49 ($F=1.847$, $p=0.181$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.88 ± 0.95 , los sobrecontrolados 2.40 ± 0.75 y los subcontrolados 2.66 ± 0.62 ($F=1.059$, $p=0.358$). En la subescala CORE F-Relaciones Sociales, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.93 ± 0.18 , los sobrecontrolados 2.50 ± 0.58 y los subcontrolados 1.82 ± 0.94 ($F=2.100$, $p=0.146$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.00 ± 0.57 , los sobrecontrolados 2.05 ± 0.70 y los subcontrolados 1.91 ± 0.26 ($F=0.190$, $p=0.828$). En la subescala CORE F-General, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.38 ± 0.49 , los sobrecontrolados 1.25 ± 0.61 y los subcontrolados 0.39 ± 0.38

($F=5.503$, $p=0.012$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.66 ± 0.71 , los sobrecontrolados 1.50 ± 0.62 y los subcontrolados 1.05 ± 0.70 ($F=4.775$, $p=0.015$).

En la escala CORE R-Riesgo, en la muestra de casos, los resilientes puntúan $0,04\pm 0,10$, los sobrecontrolados 0.71 ± 0.91 y los subcontrolados 0.21 ± 0.25 ($F=7.322$, $p=0.004$). En la muestra control, los resilientes puntúan $1,18\pm 0.35$, los sobrecontrolados 1.64 ± 0.42 y los subcontrolados 1.30 ± 0.28 ($F=2.134$, $p=0.134$). En la subescala CORE R-Autoagresión, en la muestra de casos, los resilientes puntúan $0,04\pm 0,13$, los sobrecontrolados 0.75 ± 0.96 y los subcontrolados 0.11 ± 0.20 ($F=5.564$, $p=0.011$). En la muestra control, los resilientes puntúan $0.10\pm 0,19$, los sobrecontrolados 0.37 ± 0.42 y los subcontrolados 0.44 ± 0.68 ($F=1.607$, $p=0.215$). En la subescala CORE R-Daño a terceros, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.04 ± 0.13 , los sobrecontrolados 0.63 ± 0.95 y los subcontrolados 0.43 ± 0.45 ($F=3.795$, $p=0.038$). En la muestra control, los resilientes puntúan $0,47\pm 0,14$, los sobrecontrolados $0,33\pm 0.72$ y los subcontrolados 0.39 ± 0.67 ($F=1.864$, $p=0.171$).

En el Cuestionario de depresión de Beck (BDI), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 2.50 ± 3.21 , los sobrecontrolados 17.67 ± 19.50 y los subcontrolados 4.50 ± 4.37 ($F=11.374$, $p=0.001$). En la muestra control, los resilientes puntúan 3.00 ± 2.99 , los sobrecontrolados 11.60 ± 5.19 y los subcontrolados 6.03 ± 5.19 ($F=15.372$, $p=<0.001$).

En el Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 4.00 ± 6.47 , los sobrecontrolados 13.33 ± 5.86 y los subcontrolados 3.33 ± 2.87 ($F=3.883$, $p=0.040$). En la muestra control, los resilientes puntúan 3.93 ± 5.06 , los sobrecontrolados 13.10 ± 6.59 y los subcontrolados 7.00 ± 4.45 ($F=8.590$, $p=0.001$).

Tabla 13-2

Puntuaciones de grupo de hombres en las escalas del CORE-OM, BDI y BAI en los diferentes prototipos.

Escala		Resilientes	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	p	η^2
CORE Total no R	Dm	1.34±0.33	1.82±0.52	1.36±0.58	0.189	0.829	
	Control	1.41±0.40	1.92±0.44	1.49±0.26	6.151	0.023	0.266
CORE W	Dm	1.89±0.29	2.25±0.61	1.61±0.99	1.176	0.328	
	C	1.98±0.70	1.95±0.59	2.00±0.61	0.016	0.984	
CORE P	Dm	0.68±0.50	1.61±0.38	0.98±0.78	3.387	0.053	
	C	0.75±0.49	1.85±0.62	0.93±0.52	13.842	0.000	0.449
CORE P Ansiedad	Dm	0.84±0.62	1.75±0.20	0.93±0.94	2.793	0.083	
	C	0.67±0.47	1.93±0.69	0.84±0.45	18.395	0.000	0.520
CORE P Depresión	Dm	0.38±0.55	1.50±0.61	0.86±0.75	5.479	0.012	0.332
	C	0.64±0.53	1.80±0.94	0.82±0.63	9.246	0.001	0.352
CORE P Trauma	Dm	0.93±0.76	1.75±0.29	1.36±1.38	1.389	0.270	
	C	1.09±0.88	1.85±0.42	1.45±0.76	3.206	0.053	
CORE P s.F.	Dm	0.75±0.67	1.38±0.85	0.93±0.79	1.143	0.337	
	C	0.81±0.83	1.80±0.79	0.82±0.90	4.981	0.013	0.227
CORE F	Dm	1.82±0.30	1.96±0.45	1.67±0.39	0.530	0.596	
	C	1.86±0.44	1.99±0.36	1.87±0.20	0.410	0.667	
CORE F Close	Dm	3.20±0.54	2.13±0.72	2.82±0.49	1.847	0.181	
	C	2.88±0.95	2.40±0.75	2.66±0.62	1.059	0.358	
CORE F Social	Dm	1.93±0.18	2.50±0.58	1.82±0.94	2.100	0.146	
	C	2.00±0.57	2.05±0.70	1.91±0.26	0.190	0.828	
CORE F General	Dm	0.38±0.49	1.25±0.61	0.39±0.38	5.503	0.012	0.333
	C	0.66±0.71	1.50±0.62	1.05±0.70	4.775	0.015	0.219
CORE R	Dm	0,04±0,10	0.71±0.91	0.21±0.25	7.322	0.004	0.411
	C	1,18±0.35	1.64±0.42	1.30±0.28	2.134	0.134	
CORE R Auto	Dm	0,04±0,13	0.75±0.96	0.11±0.20	5.564	0.011	0.336
	C	0.10±0,19	0.37±0.42	0.44±0.68	1.607	0.215	
CORE R Otros	Dm	0.04±0.13	0.63±0.95	0.43±0.45	3.795	0.038	0.256

	C	0,47±0,14	0,33±0,72	0,39±0,67	1,864	0,171	
Total CORE	Dm	1,11±0,28	1,66±0,52	1,16±0,51	0,255	0,777	
	C	0,22±0,41	0,40±0,32	0,59±0,70	5,590	0,008	0,247
Beck	Dm	2,50±3,21	17,67±19,50	4,50±4,37	11,374	0,001	0,545
	C	3,00±2,99	11,60±5,19	6,03±5,19	15,372	0,000	0,475
BAI	Dm	4,00±6,47	13,33±5,86	3,33±2,87	3,883	0,040	0,301
	C	3,93±5,06	13,10±6,59	7,00±4,45	8,590	0,001	0,349

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

Dm=Diabetes / C=Control

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas/ R= Riesgo.

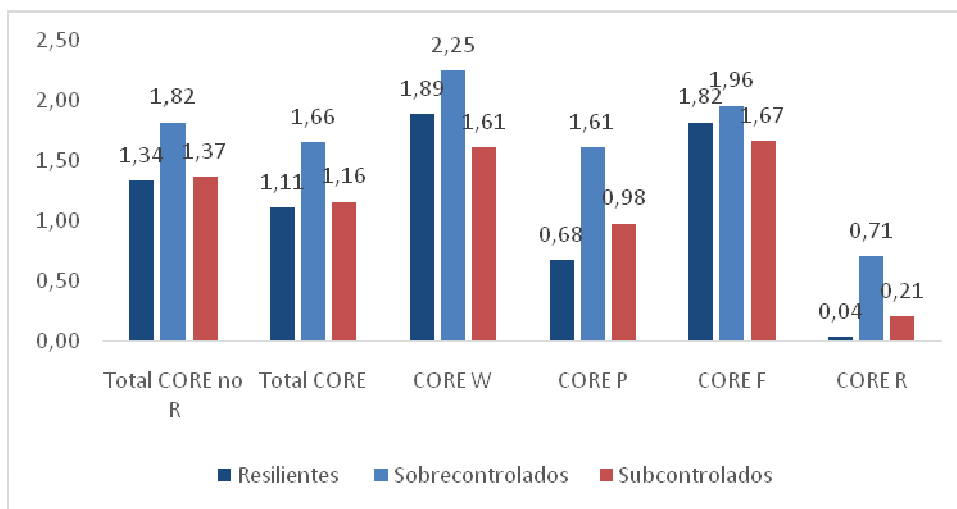
S.F.= Síntomas Físicos /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

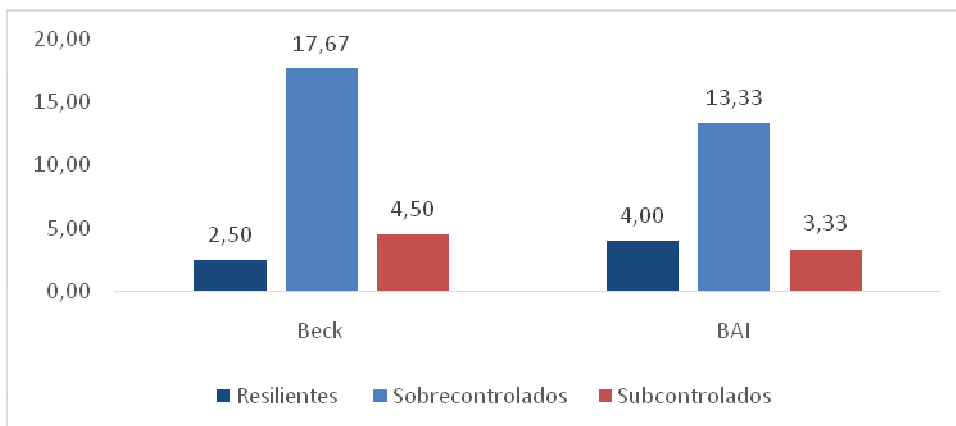
BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

Figuras 3.2 y 3.3

Factores de Salud Psicológica en Prototipos de Hombres con Dm1 y Hombres control





4.4.3.- Mujeres

En mujeres con Dm1 no aparecen diferencias significativas en ninguna de las variables de adherencia. Los datos referentes a estas variables aparecen en la tabla 54.

Los niveles de HbA_{1C} en los diferentes prototipos son los siguientes: en resilientes es de 7.00 ± 0.62 , en sobrecontrolados es de 6.10 ± 0.00 y en subcontrolados es de 7.69 ± 0.68 ($F=2.969$, $p=0.082$).

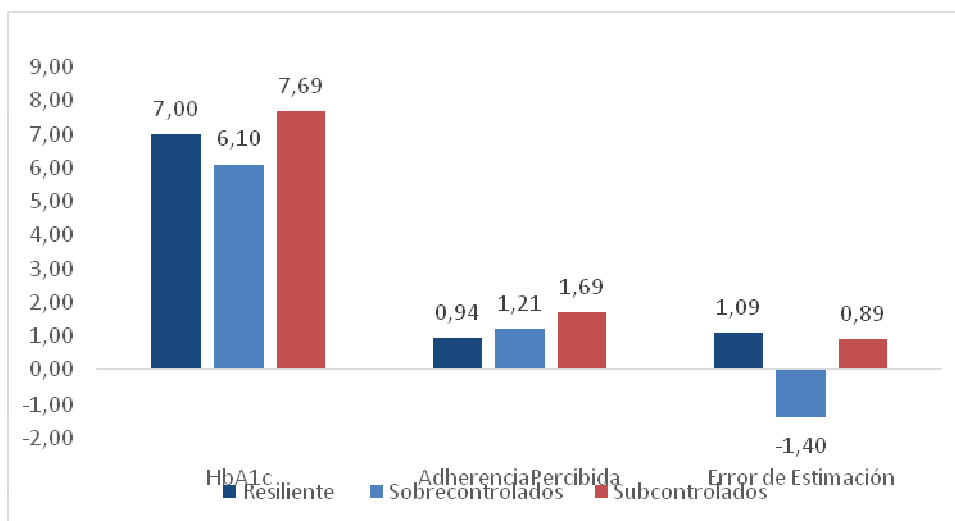
La puntuación en adherencia percibida de los diferentes prototipos es la siguiente: en resilientes es de 0.94 ± 1.11 , en sobrecontrolados es de 1.25 ± 1.25 y en subcontrolados es de 1.69 ± 0.72 ($F=1.487$, $p=0.250$).

Y la puntuación en error de estimación en los diferentes prototipos es la siguiente: en resilientes es de 1.09 ± 1.19 , en sobrecontrolados es de -1.40 y en subcontrolados es de 0.89 ± 1.37 ($F=1.685$, $p=0.221$).

Tabla 14-1*Datos de adherencia Mujeres*

	Resiliente	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	p	η^2
HbA1c	7.00±0.62	6.10±0.00	7.69±0.68	2.969	0.082	
Adherencia Percibida	0.94±1.11	1.25±1.25	1.69±0.72	1.487	0.250	
Error de Estimación	1.09±1.19	-1.40±0.00	0.89±1.37	1.685	0.221	

HbA1C= Hemoglobina Glucosilada

Figura 4-1*Datos de Adherencia en Prototipos de Mujeres con Dm1*

En cuanto a los factores de salud psicológica, los resultados indican que existen diferencias significativas entre prototipos en algunas de las escalas y

subescalas, tanto en el grupo de mujeres con Dm1 como en el grupo de mujeres control.

En la escala CORE Total sin R, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 1.25 ± 0.51 , las sobrecontroladas 2.01 ± 1.093 y las subcontroladas 1.64 ± 0.32 ($F=2.722$, $p=0.091$). En la muestra control, las resilientes puntúan 1.43 ± 0.56 , las sobrecontroladas 1.80 ± 0.47 y las subcontroladas 1.77 ± 0.39 ($F=3.503$, $p=0.037$). En la escala CORE Total, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 1.03 ± 0.42 , las sobrecontroladas 1.80 ± 1.15 y las subcontroladas 1.44 ± 0.32 ($F=3.162$, $p=0.065$). En la muestra control, las resilientes puntúan 1.19 ± 0.48 , las sobrecontroladas 1.54 ± 0.41 y las subcontroladas 1.54 ± 0.37 ($F=4.251$, $p=0.019$).

En la escala CORE W, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 2.03 ± 0.44 , las sobrecontroladas 2.75 ± 1.15 y las subcontroladas 2.06 ± 0.56 ($F=1.750$, $p=0.202$). En la muestra control, las resilientes puntúan 2.23 ± 0.65 , las sobrecontroladas 1.87 ± 0.47 y las subcontroladas 2.19 ± 0.65 ($F=1.548$, $p=0.222$).

En la escala CORE P (Problemas / Síntomas), en la muestra de casos, las resilientes puntúan 0.78 ± 0.50 , las sobrecontroladas 1.78 ± 1.42 y las subcontroladas 1.31 ± 0.55 ($F=2.839$, $p=0.085$). En la muestra control, las resilientes puntúan 0.92 ± 0.62 , las sobrecontroladas 1.79 ± 0.83 y las subcontroladas 1.45 ± 0.64 ($F=6.186$, $p=0.004$). En la subescala CORE P-Ansiedad, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 1.03 ± 0.81 , las sobrecontroladas 1.67 ± 1.51 y las subcontroladas 1.53 ± 0.54 ($F=1.204$, $p=0.322$). En la muestra control, las resilientes puntúan 1.00 ± 0.65 , las sobrecontroladas 1.83 ± 0.75 y las subcontroladas 1.62 ± 0.81 ($F=5.097$, $p=0.009$). En la subescala CORE P-Depresión, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 0.60 ± 0.59 , las sobrecontroladas 1.83 ± 1.44 y las subcontroladas 1.03 ± 0.55 ($F=3.527$, $p=0.050$). En la muestra control, las resilientes puntúan 0.69 ± 0.58 , las

sobrecontroladas 1.21 ± 0.67 ($F=6.071, p=0.004$). En la subescala CORE P-Trauma, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 1.10 ± 0.81 , las sobrecontroladas 2.33 ± 1.26 y las subcontroladas 1.56 ± 0.85 ($F=2.355, p=0.122$). En la muestra control, las resilientes puntúan 1.34 ± 1.23 , las sobrecontroladas 1.85 ± 1.01 y las subcontroladas 1.59 ± 0.96 ($F=0.816, p=0.447$). En la subescala CORE P-Síntomas Físicos, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 0.45 ± 0.49 , las sobrecontroladas 1.33 ± 1.53 y las subcontroladas 1.17 ± 1.03 ($F=1.975, p=0.166$). En la muestra control, las resilientes puntúan 0.78 ± 0.75 , las sobrecontroladas 1.81 ± 1.03 y las subcontroladas 1.45 ± 0.96 ($F=4.795, p=0.120$).

En la escala CORE F-Funcionamiento Diario, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 1.79 ± 0.24 , las sobrecontroladas 2.14 ± 0.68 y las subcontroladas 1.69 ± 0.65 ($F=0.865, p=0.438$). En la muestra control, las resilientes puntúan 1.94 ± 0.39 , las sobrecontroladas 1.78 ± 0.30 y las subcontroladas 1.94 ± 0.31 ($F=1.207, p=0.307$). En la subescala CORE F-Relaciones Íntimas, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 2.89 ± 0.38 , las sobrecontroladas 2.92 ± 0.72 y las subcontroladas 2.53 ± 0.49 ($F=1.409, p=0.272$). En la muestra control, las resilientes puntúan 3.05 ± 0.71 , las sobrecontroladas 1.98 ± 0.39 y las subcontroladas 2.58 ± 0.69 ($F=9.854, p<0.001$). En la subescala CORE F-Relaciones Sociales, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 2.20 ± 0.70 , las sobrecontroladas 2.50 ± 1.09 y las subcontroladas 1.92 ± 0.28 ($F=1.123, p=0.346$). En la muestra control, las resilientes puntúan 2.03 ± 0.41 , las sobrecontroladas 2.25 ± 0.32 y las subcontroladas 2.13 ± 0.43 ($F=1.070, p=0.350$). En la subescala CORE F-General, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 0.43 ± 0.39 , las sobrecontroladas 1.17 ± 0.63 y las subcontroladas 1.08 ± 0.57 ($F=5.013, p=0.018$). En la muestra control, las resilientes puntúan 1.19 ± 0.48 , las sobrecontroladas 1.54 ± 0.41 y las subcontroladas 1.54 ± 0.37 ($F=4.488, p=0.016$).

En la escala CORE R-Riesgo, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 0.00 ± 0.00 , las sobrecontroladas 0.83 ± 1.44 y las subcontroladas 0.50 ± 0.62 ($F=2.949$, $p=0.111$). En la muestra control, las resilientes puntúan 0.84 ± 0.22 , las sobrecontroladas 0.32 ± 0.43 y las subcontroladas 0.44 ± 0.62 ($F=2.625$, $p=0.082$). En la subescala CORE R-Autoagresión, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 0.00 ± 0.00 , las sobrecontroladas 0.83 ± 1.44 y las subcontroladas 0.28 ± 0.67 ($F=2.019$, $p=0.160$). En la muestra control, las resilientes puntúan 0.00 ± 0.00 , las sobrecontroladas 0.37 ± 0.50 y las subcontroladas 0.30 ± 0.59 ($F=2.670$, $p=0.078$). En la subescala CORE R-Daño a terceros, en la muestra de casos, las resilientes puntúan 0.00 ± 0.00 , las sobrecontroladas 0.83 ± 1.44 y las subcontroladas 0.94 ± 0.68 ($F=5.553$, $p=0.013$). En la muestra control, las resilientes puntúan 0.22 ± 0.66 , las sobrecontroladas 0.23 ± 0.44 y las subcontroladas 0.71 ± 0.89 ($F=3.080$, $p=0.054$).

En el Cuestionario de depresión de Beck (BDI), en la muestra de casos, las resilientes puntúan 4.33 ± 2.78 , las sobrecontroladas 19.67 ± 17.01 y las subcontroladas 7.29 ± 8.36 ($F=5.862$, $p=0.011$). En la muestra control, las resilientes puntúan 4.59 ± 3.00 , las sobrecontroladas 12.54 ± 7.74 y las subcontroladas 8.64 ± 7.09 ($F=5.835$, $p=0.005$).

En el Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), en la muestra de casos, las resilientes puntúan 6.22 ± 2.77 , las sobrecontroladas 20.00 ± 17.35 y las subcontroladas 11.56 ± 8.81 ($F=3.123$, $p=0.069$). En la muestra control, las resilientes puntúan 6.18 ± 5.91 , las sobrecontroladas 13.38 ± 9.09 y las subcontroladas 13.15 ± 12.75 ($F=2.765$, $p=0.072$).

Tabla 14-2

Puntuaciones de grupo de mujeres en las escalas del CORE-OM, BDI y BAI en los diferentes prototipos

Escala		Resilientes	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	p	η^2
CORE Total no R	Dm	1.25±0.51	2.01±1.093	1.64±0.32	2.722	0.091	
	Control	1.43±0.56	1.80±0.47	1.77±0.39	3.503	0.037	0.113
CORE W	Dm	2.03±0.44	2.75±1.15	2.06±0.56	1.750	0.202	
	C	2.23±0.65	1.87±0.47	2.19±0.65	1.548	0.222	
CORE P	Dm	0.78±0.50	1.78±1.42	1.31±0.55	2.839	0.085	
	C	0.92±0.62	1.79±0.83	1.45±0.64	6.186	0.004	0.186
CORE P Ansiedad	Dm	1.03±0.81	1.67±1.51	1.53±0.54	1.204	0.322	
	C	1.00±0.65	1.83±0.75	1.62±0.81	5.097	0.009	0.159
CORE P Dep	Dm	0.60±0.59	1.83±1.44	1.03±0.55	3.527	0.050	
	C	0.69±0.58	1.73±1.21	1.21±0.67	6.071	0.004	0.184
CORE P Trauma	Dm	1.10±0.81	2.33±1.26	1.56±0.85	2.355	0.122	
	C	1.34±1.23	1.85±1.01	1.59±0.96	0.816	0.447	
CORE P S.F.	Dm	0.45±0.49	1.33±1.53	1.17±1.03	1.975	0.166	
	C	0.78±0.75	1.81±1.03	1.45±0.96	4.795	0.120	
CORE F	Dm	1.79±0.24	2.14±0.68	1.69±0.65	0.865	0.438	
	C	1.94±0.39	1.78±0.30	1.94±0.31	1.207	0.307	
CORE F Close	Dm	2.89±0.38	2.92±0.72	2.53±0.49	1.409	0.272	
	C	3.05±0.71	1.98±0.39	2.58±0.69	9.854	0.000	0.267
CORE F Social	Dm	2.20±0.70	2.50±1.09	1.92±0.28	1.123	0.346	
	C	2.03±0.41	2.25±0.32	2.13±0.43	1.070	0.350	
CORE F General	Dm	0.43±0.39	1.17±0.63	1.08±0.57	5.013	0.018	0.345
	C	1.19±0.48	1.54±0.41	1.54±0.37	4.488	0.016	0.143
CORE R	Dm	0.00±0.00	0.83±1.44	0.50±0.62	2.949	0.111	
	C	0.84±0.22	0.32±0.43	0.44±0.62	2.625	0.082	
CORE R Auto	Dm	0.00±0.00	0.83±1.44	0.28±0.67	2.019	0.160	
	C	0.00±0.00	0.37±0.50	0.30±0.59	2.670	0.078	
CORE R Otros	Dm	0.00±0.00	0.83±1.44	0.94±0.68	5.553	0.013	0.369

	C	0,22±0,66	0,23±0,44	0,71±0,89	3,080	0,054	
CORE Total	Dm	1,03±0,42	1,80±1,15	1,44±0,32	3,162	0,065	
	C	1,19±0,48	1,54±0,41	1,54±0,37	4,251	0,019	0,134
Beck	Dm	4,33±2,78	19,67±17,01	7,29±8,36	5,862	0,011	0,394
	C	4,59±3,00	12,54±7,74	8,64±7,09	5,835	0,005	0,175
BAI	Dm	6,22±2,77	20,00±17,35	11,56±8,81	3,123	0,069	
	C	6,18±5,91	13,38±9,09	13,15±12,75	2,765	0,072	

CORE-OM=Clinical Outcomes in RoutineEvaluation-OutcomeMeasure.

Dm=Diabetes / C=Control

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas/ R= Riesgo.

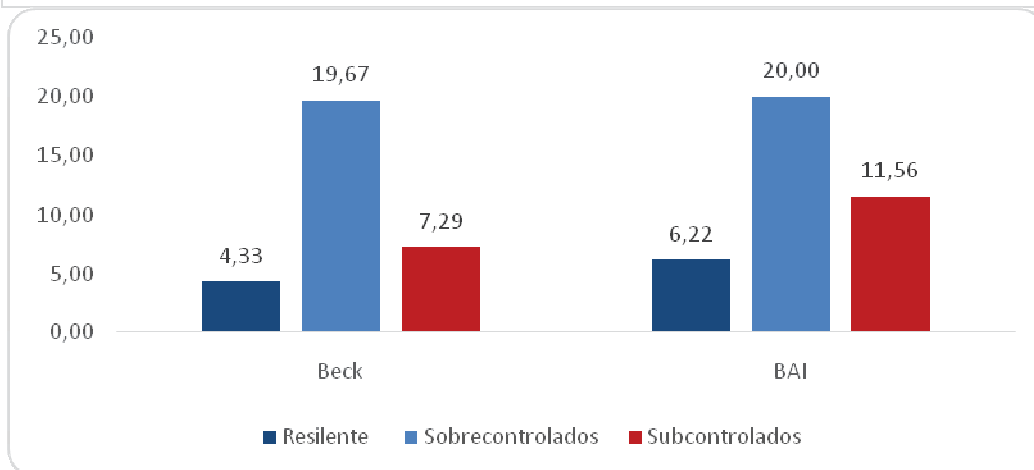
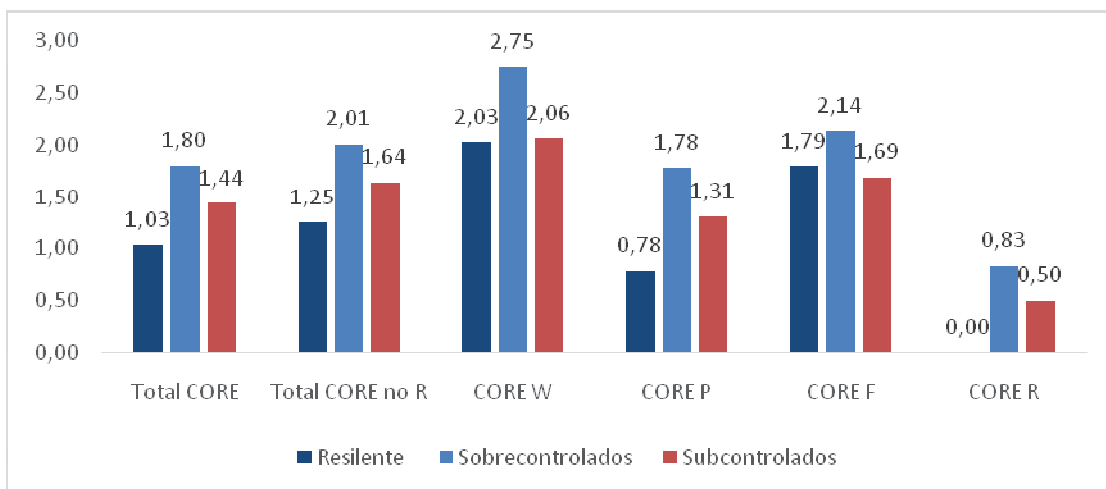
S.F.= Síntomas Físicos /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

Figura 4.2 y 4.3:

Factores de Salud Psicológica en Prototipos de Mujeres con Dm1



4.4.4.- Jóvenes (≤ 21 años)

En jóvenes (≤ 21 años) con Dm1 no aparecen diferencias significativas en ninguna de las variables de adherencia. Los datos referentes a estas variables aparecen en la tabla 56.

Los niveles de HbA1c en los diferentes prototipos son los siguientes: en resilientes es de 6.67 ± 0.64 , en sobrecontrolados es de 8.00 ± 1.41 y en subcontrolados es de 7.30 ± 0.53 ($F=2.261$, $p=0.155$).

La puntuación en adherencia percibida de los diferentes prototipos es la siguiente: en resilientes es de 0.73 ± 0.47 , en sobrecontrolados es de 1.09 ± 0.79 y en subcontrolados es de 1.60 ± 0.77 ($F= 2.885$, $p=0.085$).

Y la puntuación en error de estimación en los diferentes prototipos es la siguiente: en resilientes es de 0.63 ± 1.00 , en sobrecontrolados es de 1.44 ± 0.97 y en subcontrolados es de 0.58 ± 0.66 ($F=1.010$, $p=0.399$).

Tabla 15-1

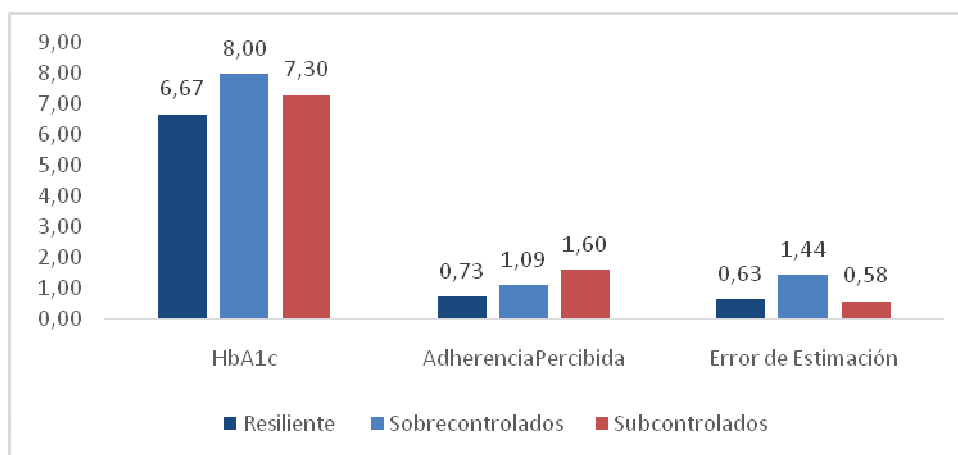
Datos de adherencia de jóvenes (≤ 21 años)

	Resiliente	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	<i>p</i>	η^2
HbA1c	6.67 ± 0.64	8.00 ± 1.41	7.30 ± 0.53	2.261	0.155	
Adherencia	0.73 ± 0.47	1.09 ± 0.79	1.60 ± 0.77	2.885	0.085	
Percibida						
Error de	0.63 ± 1.00	1.44 ± 0.97	0.58 ± 0.66	1.010	0.399	
Estimación						

HbA1C= Hemoglobina Glucosilada

Figura 5.1

Datos de Adherencia en Prototipos de Jóvenes con Dm1



En cuanto a los factores de salud psicológica, los resultados indican que existen diferencias significativas entre prototipos en algunas de las escalas y subescalas, tanto en el grupo de jóvenes con Dm1 como en el grupo de jóvenes control.

En la escala CORE Total sin R, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.57 ± 0.25 , los sobrecontrolados 1.69 ± 1.40 y los subcontrolados 1.50 ± 0.55 ($F=0.086$, $p=0.918$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.83 ± 0.33 , los sobrecontrolados 1.80 ± 0.48 y los subcontrolados 1.76 ± 0.41 ($F=0.084$, $p=0.919$). En la escala CORE Total, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.29 ± 0.21 , los sobrecontrolados 1.53 ± 1.34 y los subcontrolados 1.28 ± 0.47 ($F=0.189$, $p=0.830$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.54 ± 0.32 , los sobrecontrolados 1.54 ± 0.41 y los subcontrolados 1.55 ± 0.39 ($F=0.002$, $p=0.998$).

En la escala CORE W (Bienestar Subjetivo), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 2.10 ± 0.45 , los sobrecontrolados 3.17 ± 0.76 y los subcontrolados 1.97 ± 0.86 ($F=2.927$, $p=0.087$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.58 ± 0.45 , los sobrecontrolados 1.80 ± 0.56 y los subcontrolados 2.26 ± 0.51 ($F=7.313$, $p=0.002$).

En la escala CORE P (Problemas / Síntomas), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.07 ± 0.60 , los sobrecontrolados 2.00 ± 1.38 y los subcontrolados 1.05 ± 0.77 ($F=1.543$, $p=0.248$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.38 ± 0.47 , los sobrecontrolados 1.75 ± 0.78 y los subcontrolados 1.43 ± 0.66 ($F=1.233$, $p=0.302$). En la subescala CORE P-Ansiedad, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.10 ± 0.38 , los sobrecontrolados 1.81 ± 1.23 y los subcontrolados 1.22 ± 0.87 ($F=0.871$, $p=0.439$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.39 ± 0.40 , los sobrecontrolados 1.80 ± 0.71 y los subcontrolados 1.58 ± 0.83 ($F=0.979$, $p=0.385$). En la subescala CORE P-Depresión, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.90 ± 0.74 , los sobrecontrolados 1.94 ± 1.13 y los subcontrolados 0.78 ± 0.69 ($F=3.002$, $p=0.080$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.06 ± 0.46 , los sobrecontrolados 1.69 ± 1.13 y los subcontrolados 1.11 ± 0.76 ($F=2.320$, $p=0.111$). En la subescala CORE P-Trauma, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.50 ± 1.00 , los sobrecontrolados 2.00 ± 1.08 y los subcontrolados 1.61 ± 1.29 ($F=0.219$, $p=0.806$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.00 ± 1.20 , los sobrecontrolados 1.88 ± 0.89 y los subcontrolados 1.56 ± 0.84 ($F=0.841$, $p=0.439$). En la subescala CORE P-Síntomas Físicos, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.90 ± 0.65 , los sobrecontrolados 1.75 ± 1.32 y los subcontrolados 0.67 ± 0.79 ($F=2.062$, $p=0.162$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.39 ± 0.86 , los sobrecontrolados 1.63 ± 0.92 y los subcontrolados 1.64 ± 0.87 ($F=0.269$, $p=0.766$).

En la escala CORE F-Funcionamiento Diario, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.90 ± 0.25 , los sobrecontrolados 2.33 ± 0.59 y los subcontrolados 1.65 ± 0.66 ($F=1.726$, $p=0.214$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.01 ± 0.33 , los sobrecontrolados 1.85 ± 0.35 y los subcontrolados 1.92 ± 0.32 ($F=0.679$, $p=0.513$). En la subescala CORE F-Relaciones Íntimas, en la muestra de casos, los

resilientes puntúan 2.70 ± 0.45 , los sobrecontrolados 2.75 ± 0.35 y los subcontrolados 2.90 ± 0.63 ($F=0.266$, $p=0.770$). En la muestra control, los resilientes puntúan 3.11 ± 0.67 , los sobrecontrolados 2.22 ± 0.68 y los subcontrolados 2.22 ± 0.68 ($F=4.837$, $p=0.013$). En la subescala CORE F-Relaciones Sociales, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.90 ± 0.29 , los sobrecontrolados 2.88 ± 0.83 y los subcontrolados 1.97 ± 0.79 ($F=2.720$, $p=0.098$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.22 ± 0.52 , los sobrecontrolados 2.03 ± 0.49 y los subcontrolados 2.03 ± 0.46 ($F=0.563$, $p=0.574$). En la subescala CORE F-General, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.75 ± 0.64 , los sobrecontrolados 1.44 ± 0.55 y los subcontrolados 0.67 ± 0.64 ($F=2.239$, $p=0.141$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.72 ± 0.42 , los sobrecontrolados 1.30 ± 0.79 y los subcontrolados 1.10 ± 0.72 ($F=1.954$, $p=0.155$).

En la escala CORE R-Riesgo, en la muestra de casos, los resilientes puntúan $0,00 \pm 0,00$, los sobrecontrolados 1.05 ± 1.30 y los subcontrolados 0.26 ± 0.24 ($F=3.964$, $p=0.043$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.22 ± 0.33 , los sobrecontrolados 0.33 ± 0.38 y los subcontrolados 0.56 ± 0.67 ($F=1.467$, $p=0.243$). En la subescala CORE R-Autoagresión, en la muestra de casos, los resilientes puntúan $0,00 \pm 0,00$, los sobrecontrolados 0.88 ± 1.18 y los subcontrolados 0.06 ± 0.17 ($F=3.744$, $p=0.048$). En la muestra control, los resilientes puntúan $0.06 \pm 0,17$, los sobrecontrolados 0.31 ± 0.49 y los subcontrolados 0.40 ± 0.66 ($F=1.292$, $p=0.286$). En la subescala CORE R-Daño a terceros, en la muestra de casos, los resilientes puntúan $0,00 \pm 0,00$, los sobrecontrolados 0.75 ± 1.19 y los subcontrolados 0.67 ± 0.56 ($F=1.944$, $p=0.177$). En la muestra control, los resilientes puntúan $0,56 \pm 0,85$, los sobrecontrolados $0,34 \pm 0.40$ y los subcontrolados 0.86 ± 0.95 ($F=1.954$, $p=0.155$).

En el Cuestionario de depresión de Beck (BDI), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 3.33 ± 2.80 , los sobrecontrolados 28.67 ± 18.78 y los subcontrolados

7.25±5.34 ($F=10.167$, $p=0.002$). En la muestra control, los resilientes puntúan 4.44±3.94, los sobrecontrolados 11.37±6.76 y los subcontrolados 6.72±5.99 ($F=4.584$, $p=0.016$).

En el Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 5.67±1.51, los sobrecontrolados 21.33±17.04 y los subcontrolados 9.13±8.54 ($F=3.199$, $p=0.072$). En la muestra control, los resilientes puntúan 9.25±6.84, los sobrecontrolados 12.94±7.98 y los subcontrolados 14.28±11.12 ($F=0.809$, $p=0.453$).

Tabla 15-2

Puntuaciones de grupo de jóvenes ($M = 21$ años) en las escalas del CORE-OM, BDI y BAI en los diferentes prototipos

Escala		Resilientes	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	p	η^2
Total CORE no R	Dm	1.57±0.25	1.69±1.40	1.50±0.55	0.086	0.918	
	Control	1.83±0.33	1.80±0.48	1.76±0.41	0.084	0.919	
CORE W	Dm	2.10±0.45	3.17±0.76	1.97±0.86	2.927	0.087	
	C	2.58±0.45	1.80±0.56	2.26±0.51	7.313	0.002	0.268
CORE P	Dm	1.07±0.60	2.00±1.38	1.05±0.77	1.543	0.248	
	C	1.38±0.47	1.75±0.78	1.43±0.66	1.233	0.302	
CORE P _{Ansiedad}	Dm	1.10±0.38	1.81±1.23	1.22±0.87	0.871	0.439	
	C	1.39±0.40	1.80±0.71	1.58±0.83	0.979	0.385	
CORE P _{Depresión}	Dm	0.90±0.74	1.94±1.13	0.78±0.69	3.002	0.080	
	C	1.06±0.46	1.69±1.13	1.11±0.76	2.320	0.111	
CORE P _{Trauma}	Dm	1.50±1.00	2.00±1.08	1.61±1.29	0.219	0.806	
	C	2.00±1.20	1.88±0.89	1.56±0.84	0.841	0.439	
CORE P _{S.F.}	Dm	0.90±0.65	1.75±1.32	0.67±0.79	2.062	0.162	
	C	1.39±0.86	1.63±0.92	1.64±0.87	0.269	0.766	
CORE F	Dm	1.90±0.25	2.33±0.59	1.65±0.66	1.726	0.214	

	C	2.01±0.33	1.85±0.35	1.92±0.32	0.679	0.513	
CORE F_{Close}	Dm	2.70±0.45	2.75±0.35	2.90±0.63	0.266	0.770	
	C	3.11±0.67	2.22±0.68	2.63±0.71	4.837	0.013	0.195
CORE F _{Social}	Dm	1.90±0.29	2.88±0.83	1.97±0.79	2.720	0.098	
	C	2.22±0.52	2.03±0.49	2.03±0.46	0.563	0.574	
CORE F _{General}	Dm	0.75±0.64	1.44±0.55	0.67±0.64	2.239	0.141	
	C	0.72±0.42	1.30±0.79	1.10±0.72	1.954	0.155	
CORE R	Dm	0.00±0.00	1.05±1.30	0.26±0.24	3.964	0.043	0.362
	C	0.22±0.33	0.33±0.38	0.56±0.67	1.467	0.243	
CORE R_{Self.}	Dm	0.00±0.00	0.88±1.18	0.06±0.17	3.744	0.048	0.333
	C	0.06±0.17	0.31±0.49	0.40±0.66	1.292	0.286	
CORE R _{Others}	Dm	0.00±0.00	0.75±1.19	0.67±0.56	1.944	0.177	
	C	0.56±0.85	0.34±0.40	0.86±0.95	1.954	0.155	
CORE Total	Dm	1.29±0.21	1.53±1.34	1.28±0.47	0.189	0.830	
	C	1.54±0.32	1.54±0.41	1.55±0.39	0.002	0.998	
Beck	Dm	3.33±2.80	28.67±18.78	7.25±5.34	10.167	0.002	0.592
	C	4.44±3.94	11.37±6.76	6.72±5.99	4.584	0.016	0.186
BAI	Dm	5.67±1.51	21.33±17.04	9.13±8.54	3.199	0.072	
	C	9.25±6.84	12.94±7.98	14.28±11.12	0.809	0.453	

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

Dm=Diabetes / C=Control

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas/ R= Riesgo.

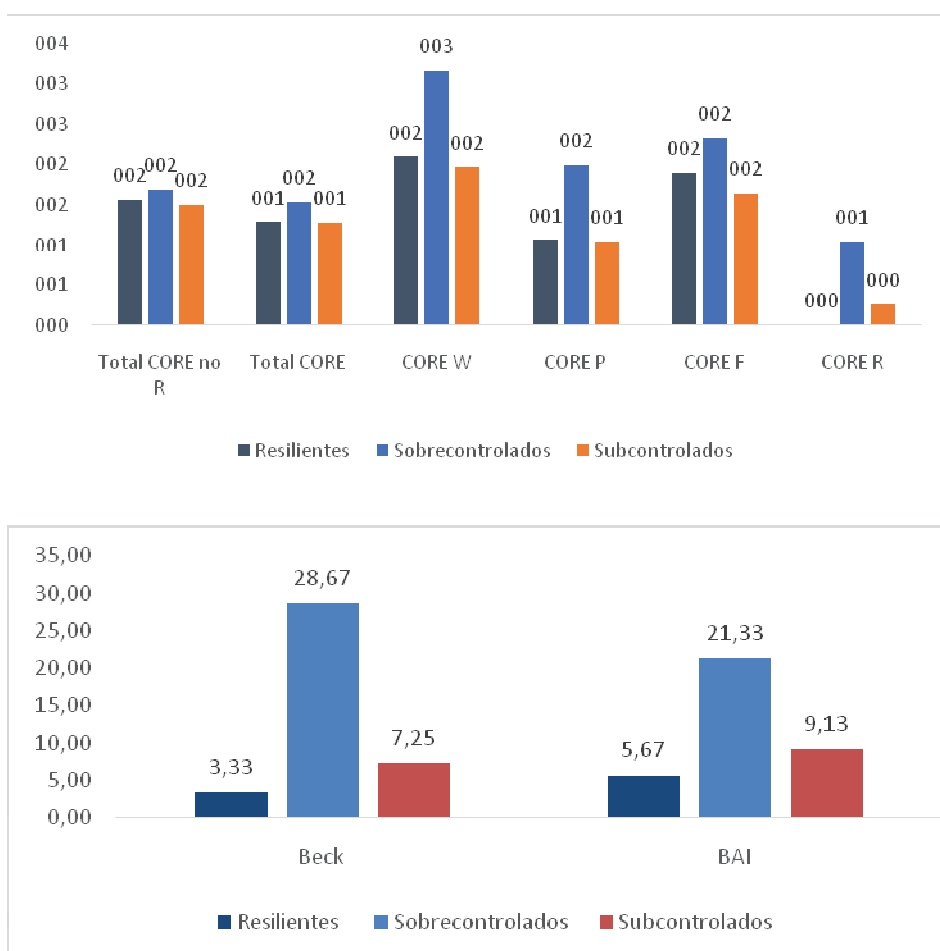
S.F.= Síntomas Físicos /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

Figuras 5.2 y 5.3

Factores de Salud Psicológica en Prototipos de Jóvenes con Dm1.



4.4.5.- Adultos (≥ 22 años).

En los adultos (≥ 22 años) aparecen diferencias significativas entre prototipos en los niveles de HbA1c. y en el error de estimación. Los datos referentes a estas variables aparecen en la tabla 58.

Respecto a los niveles de HbA1c, los resilientes son los que mayor nivel presentan (7.79 ± 1.16) y los sobrecontrolados los que menor nivel presentan (5.80 ± 0.44); en los subcontrolados este nivel es de 7.18 ± 1.45 ($F=3.715$, $p=0.040$).

La puntuación en adherencia percibida de los diferentes prototipos es la siguiente: en resilientes es de 1.08 ± 1.00 , en sobrecontrolados es de 2.29 ± 0.36 y en subcontrolados es de 1.88 ± 1.17 ($F= 2.993$, $p=0.067$).

Respecto al error de estimación, los resilientes son los que más puntúan (1.91 ± 1.45), mientras que los sobrecontrolados son los que menos (-1.49 ± 0.67). La puntuación de los sobrecontrolados es de 0.20 ± 2.34 ($F=6.558$, $p= 0.006$).

Tabla 16-1

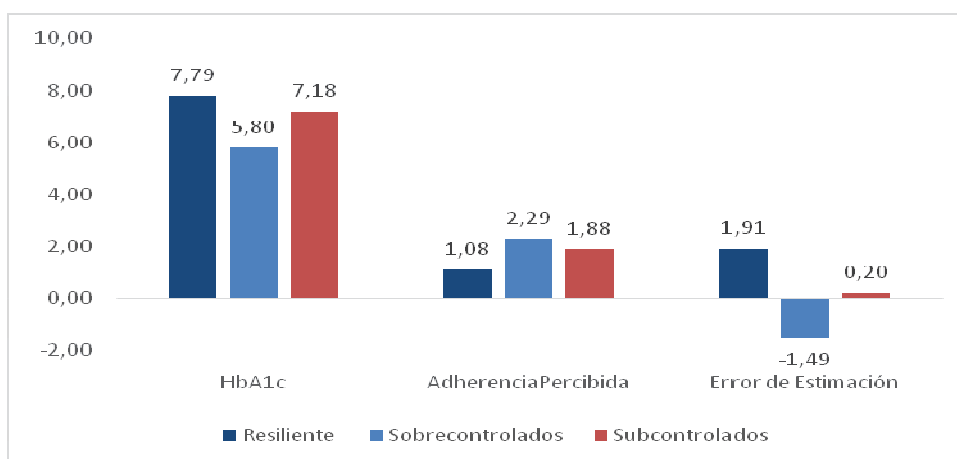
Datos de adherencia de adultos (≥ 22 años).

	Resiliente	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	p	η^2
HbA1c	7.79\pm1.16	5.80\pm0.44	7.18\pm1.45	3.715	0.040	0.244
Adherencia Percibida	1.08 \pm 1.00	2.29 \pm 0.36	1.88 \pm 1.17	2.993	0.067	
Error de Estimación	1.91\pm1.45	-1.49\pm0.67	0.20\pm2.34	6.558	0.006	0.374

HbA1C= Hemoglobina Glucosilada

Figura 6.1

Datos de Adherencia en Prototipos de Adultos con Dm1



En cuanto a los factores de salud psicológica, los resultados indican que existen diferencias significativas entre prototipos en algunas de las escalas y subescalas, tanto en el grupo de adultos con Dm1 como en el grupo de adultos control.

En la escala CORE Total sin R, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.23 ± 0.41 , los sobrecontrolados 1.58 ± 0.29 y los subcontrolados 1.35 ± 0.64 ($F=0.784$, $p=0.467$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.26 ± 0.44 , los sobrecontrolados 1.98 ± 0.40 y los subcontrolados 1.64 ± 0.35 ($F=10.314$, $p<0.001$). En la escala CORE Total, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.02 ± 0.34 , los sobrecontrolados 1.42 ± 0.42 y los subcontrolados 1.19 ± 0.60 ($F=1.362$, $p=0.273$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.05 ± 0.37 , los sobrecontrolados 1.69 ± 0.40 y los subcontrolados 1.41 ± 0.33 ($F=10.984$, $p<0.001$).

En la escala CORE W (Bienestar Subjetivo), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.90 ± 0.32 , los sobrecontrolados 1.83 ± 0.38 y los subcontrolados 1.71 ± 0.71 ($F=0.440$, $p=0.649$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.92 ± 0.67 , los sobrecontrolados 2.14 ± 0.32 y los subcontrolados 2.02 ± 0.72 ($F=0.328$, $p=0.722$).

En la escala CORE P (Problemas / Síntomas), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.62 ± 0.43 , los sobrecontrolados 1.42 ± 0.25 y los subcontrolados 1.31 ± 0.49 ($F=9.029$, $p=0.001$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.62 ± 0.44 , los sobrecontrolados 1.99 ± 0.63 y los subcontrolados 1.20 ± 0.63 ($F=17.912$, $p<0.001$). En la subescala CORE P-Ansiedad, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.87 ± 0.76 , los sobrecontrolados 1.58 ± 0.14 y los subcontrolados 1.32 ± 0.70 ($F=1.950$, $p=0.163$). En la muestra control, los resilientes puntúan

0.62±0.50, los sobrecontrolados 2.04±0.74 y los subcontrolados 1.25±0.77 (F=13.877, $p<0.001$). En la subescala CORE P-Depresión, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.36±0.47, los sobrecontrolados 1.25±0.66 y los subcontrolados 1.17±0.49 (F=9.550, $p=0.001$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.51±0.51, los sobrecontrolados 1.93±1.00 y los subcontrolados 1.08±0.62 (F=14.299, $p<0.001$). En la subescala CORE P-Trauma, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.87±0.66, los sobrecontrolados 2.00±0.50 y los subcontrolados 1.29±0.76 (F=4.043, $p=0.030$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.91±0.85, los sobrecontrolados 1.79±0.57 y los subcontrolados 1.55±0.97 (F=4.172, $p=0.021$). En la subescala CORE P-Síntomas Físicos, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.55±0.60, los sobrecontrolados 0.55±0.60 y los subcontrolados 1.57±0.84 (F=6.374, $p=0.006$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.57±0.63, los sobrecontrolados 2.21±0.81 y los subcontrolados 0.95±0.96 (F=11.287, $p<0.001$).

En la escala CORE F-Funcionamiento Diario, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 1.78±0.27, los sobrecontrolados 1.67±0.30 y los subcontrolados 1.73±0.35 (F=0.218, $p=0.806$). En la muestra control, los resilientes puntúan 1.86±0.44, los sobrecontrolados 1.92±0.32 y los subcontrolados 1.93±0.25 (F=0.252, $p=0.779$). En la subescala CORE F-Relaciones Íntimas, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 2.88±0.72, los sobrecontrolados 3.25±0.66 y los subcontrolados 3.00±0.76 (F=0.366, $p=0.697$). En la muestra control, los resilientes puntúan 2.90±0.89, los sobrecontrolados 2.04±0.034 y los subcontrolados 2.58±0.64 (F=3.828, $p=0.029$). En la subescala CORE F-Relaciones Sociales, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 2.08±0.51, los sobrecontrolados 2.00±0.00 y los subcontrolados 1.75±0.35 (F=1.307, $p=0.288$). En la muestra control, los resilientes

puntúan 1.93 ± 0.45 , los sobrecontrolados 2.46 ± 0.47 y los subcontrolados 2.11 ± 0.34 ($F=4.516$, $p=0.016$). En la subescala CORE F-General, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.30 ± 0.34 , los sobrecontrolados 0.92 ± 0.52 y los subcontrolados 0.93 ± 0.55 ($F=7.409$, $p=0.003$). En la muestra control, los resilientes puntúan 0.57 ± 0.67 , los sobrecontrolados 1.25 ± 0.65 y los subcontrolados 1.10 ± 0.54 ($F=5.548$, $p=0.007$).

En la escala CORE R-Riesgo, en la muestra de casos, los resilientes puntúan $0,03 \pm 0,09$, los sobrecontrolados 0.67 ± 1.15 y los subcontrolados 0.52 ± 0.71 ($F=4.098$, $p=0.029$). En la muestra control, los resilientes puntúan $0,04 \pm 0.10$, los sobrecontrolados 0.36 ± 0.52 y los subcontrolados 0.34 ± 0.58 ($F=3.179$, $p=0.051$). En la subescala CORE R-Autoagresión, en la muestra de casos, los resilientes puntúan $0,03 \pm 0,11$, los sobrecontrolados 0.67 ± 1.15 y los subcontrolados 0.39 ± 0.73 ($F=3.128$, $p=0.061$). En la muestra control, los resilientes puntúan $0.11 \pm 0,05$, los sobrecontrolados 0.43 ± 0.81 y los subcontrolados 0.26 ± 0.57 ($F=2.817$, $p=0.070$). En la subescala CORE R-Daño a terceros, en la muestra de casos, los resilientes puntúan 0.03 ± 0.11 , los sobrecontrolados 0.67 ± 1.15 y los subcontrolados 0.79 ± 0.76 ($F=7.106$, $p=0.003$). En la muestra control, los resilientes puntúan $0,87 \pm 0,28$, los sobrecontrolados $0,21 \pm 0.39$ y los subcontrolados 0.52 ± 0.70 ($F=4.101$, $p=0.023$).

En el Cuestionario de depresión de Beck (BDI), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 3.18 ± 3.30 , los sobrecontrolados 11.00 ± 2.83 y los subcontrolados 3.43 ± 3.05 ($F=5.369$, $p=0.012$). En la muestra control, los resilientes puntúan 3.58 ± 2.72 , los sobrecontrolados 13.86 ± 6.47 y los subcontrolados 8.57 ± 6.83 ($F=11.965$, $p=<0.001$).

En el Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), en la muestra de casos, los resilientes puntúan 4.62 ± 6.19 , los sobrecontrolados 12.50 ± 4.95 y los subcontrolados

6.00±8.37 ($F=1.205$, $p=0.319$). En la muestra control, los resilientes puntúan 3.74±4.38, los sobrecontrolados 14.00±8.39 y los subcontrolados 8.75±11.11 ($F=4.770$, $p=0.013$).

Tabla 16-2

Puntuaciones de grupo de adultos (≥ 22 años) en las escalas del CORE-OM, BDI y BAI en los diferentes prototipos

Escala		Resilientes	Sobrecontrolados	Subcontrolados	F	p	η^2
CORE Total no R	Dm	1.23±0.41	1.58±0.29	1.35±0.64	0.784	0.467	
	Control	1.26±0.44	1.98±0.40	1.64±0.35	10.314	0.000	0.296
CORE W	Dm	1.90±0.32	1.83±0.38	1.71±0.71	0.440	0.649	
	C	1.92±0.67	2.14±0.32	2.02±0.72	0.328	0.722	
CORE P	Dm	0.62±0.43	1.42±0.25	1.31±0.49	9.029	0.001	0.419
	C	0.62±0.44	1.99±0.63	1.20±0.63	17.912	0.000	0.427
CORE P_{Anxiety}	Dm	0.87±0.76	1.58±0.14	1.32±0.70	1.950	0.163	
	C	0.62±0.50	2.04±0.74	1.25±0.77	13.877	0.000	0.366
CORE P_{Depressed}	Dm	0.36±0.47	1.25±0.66	1.17±0.49	9.550	0.001	0.424
	C	0.51±0.51	1.93±1.00	1.08±0.62	14.299	0.000	0.373
CORE P_{Trauma}	Dm	0.87±0.66	2.00±0.50	1.29±0.76	4.043	0.030	0.237
	C	0.91±0.85	1.79±0.57	1.55±0.97	4.172	0.021	0.148
CORE P_{S.F.}	Dm	0.55±0.60	0.83±0.29	1.57±0.84	6.374	0.006	0.329
	C	0.57±0.63	2.21±0.81	0.95±0.96	11.287	0.000	0.320
CORE F	Dm	1.78±0.27	1.67±0.30	1.73±0.35	0.218	0.806	
	C	1.86±0.44	1.92±0.32	1.93±0.25	0.252	0.779	
CORE F_{Close}	Dm	2.88±0.72	3.25±0.66	3.00±0.76	0.366	0.697	
	C	2.90±0.89	2.04±0.34	2.58±0.64	3.828	0.029	0.138

CORE F Social	Dm	2.08±0.51	2.00±0.00	1.75±0.35	1.307	0.288	
	C	1.93±0.45	2.46±0.47	2.11±0.34	4.516	0.016	0.158
CORE F General	Dm	0.30±0.34	0.92±0.52	0.93±0.55	7.409	0.003	0.363
	C	0.57±0.67	1.25±0.65	1.10±0.54	5.548	0.007	0.188
CORE R	Dm	0,03±0,09	0.67±1.15	0.52±0.71	4.098	0.029	0.247
	C	0,04±0.10	0.36±0.52	0.34±0.58	3.179	0.051	
CORE R Self.	Dm	0,03±0,11	0.67±1.15	0.39±0.73	3.128	0.061	
	C	0.11±0,05	0.43±0.81	0.26±0.57	2.817	0.070	
CORE R Others	Dm	0.03±0.11	0.67±1.15	0.79±0.76	7.106	0.003	0.353
	C	0,87±0,28	0,21±0.39	0.52±0.70	4.101	0.023	0.146
CORE Total	Dm	1.02±0.34	1.42±0.42	1.19±0.60	1.362	0.273	
	C	1.05±0.37	1.69±0.40	1.41±0.33	10.984	0.000	0.310
Beck	Dm	3.18±3.30	11.00±2.83	3.43±3.05	5.369	0.012	0.318
	C	3.58±2.72	13.86±6.47	8.57±6.83	11.965	0.000	0.328
BAI	Dm	4.62±6.19	12.50±4.95	6.00±8.37	1.205	0.319	
	C	3.74±4.38	14.00±8.39	8.75±11.11	4.770	0.013	0.169

CORE-OM=Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure.

Dm=Diabetes / C=Control

W=Bienestar Subjetivo / P= Problemas/Síntomas / F= Funcionamiento / RI= Relaciones Íntimas/ R= Riesgo.

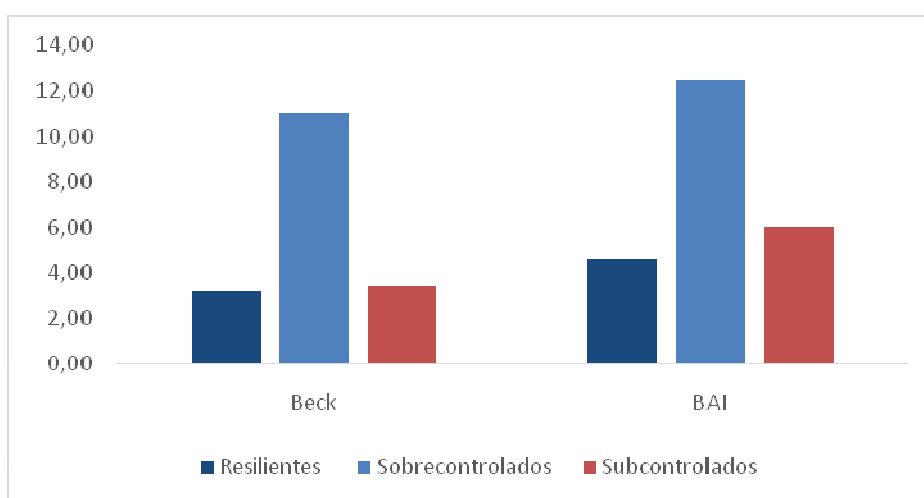
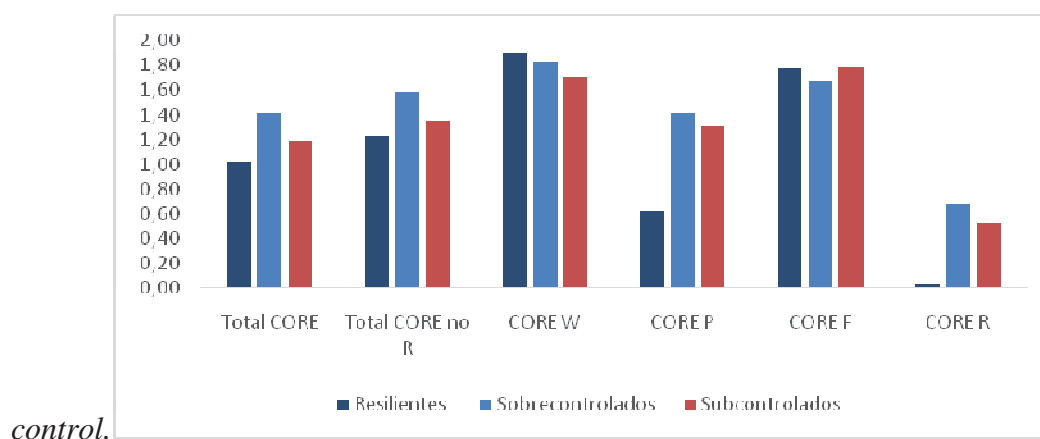
S.F.= Síntomas Físicos /Auto= Riesgo de autoagresión /Otros= Riesgo de daño a terceros.

BDI= Inventario de Depresión de Beck. / BAI= Inventario de Ansiedad de Beck.

η^2 = Magnitud del efecto de ANOVA.

Figuras 6.2 y 6.3

Factores de Salud Psicológica en Prototipos de Adultos con Dml y Adultos



3.- DISCUSIÓN

Nuestros objetivos en el estudio han sido valorar como factores psicológicos, en concreto, rasgos de personalidad, valorando tanto los 5 grandes rasgos como los prototipos de Asendorpf derivados de los mismos, y aspectos de salud psicológica, influyen en el manejo, evolución y pronóstico de una enfermedad tan demandante como la Dm1. Así mismo, se han intentado valorar diferencias en estos aspectos, en relación con el sexo y edad de los participantes. Se han obtenido resultados significativos en las personas con Dm1, así como diferencias respecto al sexo y a la edad.

Se podría decir que existen diferentes variables (fisiológicas, psicológicas y sociales) a ser tenidas en cuenta en la valoración de la adherencia al cuidado y manejo de salud, y en concreto, en el cuidado y manejo de la Dm1. Acorde a este planteamiento, esta enfermedad también se ha planteado en otros estudios como un modelo de enfermedad psicosomática (Wasserman y Trifonova, 2016); estableciendo así la interrelación entre factores físicos y psicosociales, que influirán en las características del ajuste a la enfermedad.

Desde que en 1997, Engel propusiera el modelo biopsicosocial (Adler, 2009) se ha otorgado un papel importante a los factores psicológicos y sociales en el proceso fisiológico de salud. Es un modelo basado en la teoría de sistemas y en la organización jerárquica del organismo, estableciendo que éste no reacciona de forma unificada, mecánica y predecible a un estímulo determinado. Así la percepción del paciente incluye componentes cognitivos, compromiso, apreciación de habilidades y actitudes; lo que va a suponer un indicador objetivo de adherencia (Sanford y Rivers, 2020).

Dentro de este paradigma, la Diabetes es una enfermedad donde la adherencia a pautas de tratamiento es básica; implica un tratamiento de por vida que demanda cambios en el estilo de vida, a favor de hábitos de salud (Rodríguez Campuzano y Rentría Rodríguez, 2016). Estas condiciones se convierten en situaciones demandantes que implican retos biopsicosociales (De Groot et al, 2016).

Las variables que se han adoptado como importantes en este estudio han sido los rasgos de personalidad y los prototipos de personalidad de Asendorpf, los factores de salud psicológica y la adherencia al autocuidado de los pacientes. La adherencia incluye características comportamentales importantes para el manejo de la Dm1 como son: el control del hábito tabáquico y consumo de alcohol, la realización regular de ejercicio físico y el seguimiento de una dieta adecuada. Por lo tanto, en la adherencia, el papel determinante sería el rol activo que es necesario que manifieste el paciente con diabetes (Sanford y Rivers, 2020).

Por su parte, si bien Matarazzo plantea la responsabilidad individual en el seguimiento de comportamientos de salud, para prevenir la enfermedad y mantener dicha salud (Matarazzo, 1982); el papel del profesional de la salud, en este caso, también sería decisivo, como orientador y para favorecer un proceso de acción a favor de la salud; la relación médico-pacientes sería un factor que influyen en la conducta de adherencia (Rodríguez Campuzano y Rentría Rodríguez, 2016). El papel de los profesionales sanitarios tendría como objetivo aportar el conocimiento necesario acerca de la enfermedad, facilitar estrategias conductuales ante dificultades, favorecer una actitud positiva frente al autocuidado...; lo que posibilita el control de la conducta por parte del paciente, la percepción de su valía y de su capacidad para el manejo de la enfermedad. Es necesario una relación de comprensión y confianza entre paciente-profesional sanitario.

La *adherencia* es una pauta conductual activa y voluntaria para mejorar, mantener y prevenir deterioros en salud (Wheeler et al., 2012). tienen que saber el *qué, cómo y cuándo* de las diferentes pautas de cuidado de la enfermedad, planteamiento acorde con lo establecido en la Teoría Tricondicional del comportamiento seguro (Meliá, 2007). Así, la adherencia va a depender de los conocimientos (Cosma y Baban, 2015) que tenga el paciente, de las actitudes y/o apreciación respecto a las conductas a realizar (Sanford y Rivers, 2020) y de la presencia de emociones disfóricas y de la motivación (Grave et al., 2004; Engum et al., 2005) que tenga para llevarlas a cabo. Factores como la presión social, el percibir que se tiene la capacidad para realizar las conductas, las expectativas de resultados y de consecuencias que anticipan de las conductas de autocuidado, van a favorecer la adherencia.

Debido al importante impacto emocional que tiene el diagnóstico de Dm1 en la persona y al hecho de que la participación del paciente sea indispensable por las características del tratamiento (Serra et al., 2012), hemos intentado abarcar factores de diferente naturaleza que puedan incidir en el éxito del autocuidado, y que sean susceptibles de ser modificados a través de técnicas psicológicas como modificación de conducta, reestructuración cognitiva, gestión emocional...

3.1.-Rasgos de Personalidad y Diabetes

La elección del Modelo de los 5 Grandes, en concreto el cuestionario de su versión abreviada, se debe a la elevada frecuencia con que se emplea dicho modelo en los actuales estudios relacionados con la personalidad, y por la concreción de los resultados, agrupados en los 5 factores principales (Cooper, 2014). Los Cinco Factores se establecen como cinco dimensiones independientes y estables en las

personas (Costa y McCrae, 2002), que se relacionan con la adaptabilidad, la calidad de vida y la percepción de salud (Rassart et al., 2014). Por lo tanto, nos podrían dar una idea de cómo los pacientes enfrentan el plan de manejo de la Dm1.

Personalidad en personas con Dm1.

Respecto a los rasgos de personalidad, no hemos obtenido diferencias significativas en la puntuación media de dichos rasgos de personalidad, en el cuestionario NEO-FFI, al comparar personas con Dm1 y personas control. Podemos decir que, en principio, el padecer la enfermedad y seguir su tratamiento no afectará a los niveles de rasgos de personalidad que presente la persona. Esto es acorde con estudios que establecen una baja interacción entre el nivel de adherencia y los estilos de personalidad (Granados y Escalante, 2010). No obstante, otros resultados sí atribuyen un rol a la personalidad en las conductas de autocuidado (Waller et al., 2013) y atribuyen diferencias a personas con Dm1 y personas control (Ćukić y Weiss, 2016; 17). Así, al no obtener diferencias significativas, podrían existir procesos adaptativos que favorezcan un adecuado afrontamiento de la enfermedad; de hecho, hay resultados que indican que la personalidad influye en la forma de este afrontamiento (Ćukić y Weiss, 2016).

Diferencias respecto a sexo en rasgos de personalidad. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1

Descriptivamente, respecto a los rasgos de personalidad, existen diferencias significativas solo en la puntuación de Neuroticismo, siendo mayor en las mujeres con Dm1 que en los hombres con Dm1. Aunque hay resultados que indican que no existe una interacción entre las variables demográficas, como el sexo, y los rasgos de personalidad (Waller et al., 2013); nuestros resultados coinciden con la menor

estabilidad emocional atribuida a ellas, en comparación con los hombres (Rassart¹ et al., 2014). Así, las mujeres con Dm1 presentarían una menor estabilidad emocional y autoestima (Rassart¹ et al., 2014) y menos optimismo (Rondón y Lugli, 2013); rasgos característicos del Neuroticismo (Costa y McCrae, 2002). No obstante, aunque ellas perciben menos control personal de su enfermedad (Rassart et al., 2014), según los datos que hemos obtenido, esto no tiene que implicar peor autocuidado o peores valores de referencia de la enfermedad que los hombres, ya que de hecho el nivel de HbA1c es inferior en ellas (aunque ambos valores son indicativos de mal control metabólico).

Diferencias respecto a sexo en rasgos de personalidad. Hombres y mujeres con Dm1 vs. Hombres y mujeres control

En el análisis de las diferencias que puedan existir en los rasgos de personalidad evaluados, entre hombres y mujeres con Dm1 y su comparación con el grupo control, no aparecen diferencias significativas en ninguno de los rasgos, ni en ninguno de los sexos. Esto no concuerda con datos que indican que la Dm1 puede conllevar cambios en los niveles de rasgos que presenten las personas (Ćukić y Weiss, 2016). O resultados de estudios que indican diferencias respecto al sexo, como por ejemplo: que los hombres con Dm presentan mayor Amabilidad (Rassart¹ et al., 2014) o mayor Neuroticismo (Ćukić y Weiss, 2016) que hombres control; o que las mujeres con Dm1 tienen menor Extroversión (Ćukić y Weiss, 2016) y menor autoestima (Rassart¹ et al., 2014) que las mujeres control.

Diferencias respecto a la edad (jóvenes y adultos) en los rasgos de personalidad.

Jóvenes con Dm1 vs. Adultos con Dm1

Al comparar descriptivamente ambos grupos de edad, jóvenes y adultos, respecto a los rasgos de personalidad evaluados, no obtenemos ninguna diferencia significativa. En principio, parece que la duración de la enfermedad no influiría en el grado en que se presenten los diferentes rasgos en las personas con Dm1 evaluadas.

Jóvenes Dm1 vs. Jóvenes control. Adultos Dm1 vs. Adultos control

Tampoco hemos obtenido diferencias significativas en la comparación descriptiva de los dos grupos de edad, jóvenes y adultos, con y sin Dm1.

En resumen, respecto a diferencias en rasgos de personalidad, solo obtenemos una diferencia significativa entre hombres y mujeres con Dm1, respecto al Neuroticismo, que es mayor en ellas. Por otra parte, según nuestros resultados, en principio el padecer Dm1 no se asocia con los rasgos de personalidad que presenten las personas, ni la edad influye en esta asociación.

3.2.- Factores de salud psicológica y Dm1

La Dm1 es un factor de riesgo significativo para la presencia de depresión y de consecuencias psicológicas y sociales (Van Tilburg et al., 2001), según los resultados de investigaciones. Las personas con Dm1 pueden verse afectados en su salud psicológica, por las características y demandas que implica la enfermedad.

No obstante, en nuestros resultados obtenemos que las personas con Dm1 no muestran un mayor nivel de problemas emocionales que las personas sin Dm1. Esto es acorde con un estudio que indica que la Dm1 no aumenta el riesgo de problemas psicosociales (Munkácsi et al., 2018). Pero no concuerda con otros estudios que

indican que las personas con Dm1 se ven más afectadas en su condición psicológica (De Groot et al., 2016). O que existe una mayor prevalencia de depresión en personas con Dm1, en comparación con el grupo control (Gendelman et al., 2009), estableciendo otros resultados que el padecer la enfermedad puede doblar el riesgo de padecer problemas depresivos (Coclami y Cross, 2011).

Diferencias respecto al sexo. Hombres con Dm1 vs. Mujeres con Dm1

Las diferencias significativas en factores de salud psicológica que se obtienen hacen referencia a síntomas de ansiedad y depresión, y al nivel de funcionamiento diario en la comparación de hombres con Dm1 y mujeres con Dm1.

En concreto, obtenemos que las mujeres con Dm1 presentan más problemas de ansiedad (puntuación BAI) y de depresión (puntuación BDI), y se ven más afectadas en el nivel de funcionamiento diario que los hombres con Dm1. Respecto a problemas de ansiedad y depresión nuestros resultados son acordes con otros estudios que atribuyen a las mujeres un mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad (Jones et al., 2018). U otros que indican que las mujeres se ven más afectadas por problemas de depresión (Van Tilburg et al., 2001; Bächie et al., 2015; Bykowski et al., 2016; Avendaño Monje y Barra Almagiá, 2008); asociando, por otra parte, la presencia de depresión en Dm1 con un empeoramiento en calidad de vida (Van Bastelaar et al., 2010).

Respecto al funcionamiento social, los resultados de otros estudios indican que las mujeres con Dm1 tienen un menor funcionamiento psicosocial (Rassart¹ et al., 2014), percibiendo un menor control personal de la diabetes (Rassart et al., 2014). Así, hay estudios que establecen que las mujeres con Dm1 pueden presentar estrategias de evitación como el aislamiento o la resignación, debido a la percepción

de no disponer de apoyo social (Rondón y Lugli, 2013). En general, las mujeres con Dm1 perciben una menor calidad de vida que los hombres con Dm1 (Avendaño Monje y Barra Almagiá, 2008).

Diferencias respecto al sexo. Grupo de casos vs. Grupo control

Por otra parte, en relación a la compasión entre personas con diabetes y personas control de ambos sexos respectivamente, se obtienen algunas diferencias significativas en factores de salud psicológica.

Hombres con Dm1 vs. Hombres control.

Los hombres con Dm1, según nuestros resultados, se ven menos afectados por problemas o síntomas emocionales que los hombres control, acorde con la puntuación de varios de los cuestionarios, en concreto, CORE-OM, BDI y BAI. Así, la Dm1 parece no suponer un obstáculo para el bienestar emocional en hombres; lo que es acorde con artículos que indican que los hombres con Dm1 presentan un mayor nivel de autoestima que los hombres control (Rassart¹ et al., 2014).

Por otra parte, también obtenemos que se ven menos afectados en el nivel de funcionamiento diario. Resultados que no coinciden con otros estudios que indican que el padecer Dm1 es una experiencia emocionalmente impactante, suponiendo un obstáculo percibido en diferentes facetas de la vida, como son las relaciones sociales, el matrimonio, la educación y el empleo (Coclami y Cross, 2011); afectando esta impresión al bienestar psicológico y a la percepción de la enfermedad como incapacitante (Engum et al., 2005).

Mujeres con Dm1 vs. Mujeres control

En el caso de las mujeres con Dm1, no existen diferencias significativas respecto a las mujeres control, en los factores de salud psicológica. Lo que coincide con estudios que indican que las mujeres parecen incorporar el autocuidado de la diabetes a su identidad (Rassart et al., 2016); y que las mujeres con Dm1 tienen un funcionamiento emocional más estable que las mujeres control (Ćukić y Weiss, 2016).

Diferencias respecto a la edad en factores de salud psicológica.

La edad no ha resultado un aspecto importante a la hora de valorar la relación que pueda tener con el hecho de padecer Dm1; o al evaluar como la edad se puede asociar con la adherencia al autocuidado.

Jóvenes con Dm1 vs. Adultos con Dm1

Según nuestros resultados, la edad no parece ser un factor que influya en la asociación entre padecer diabetes y los problemas de ansiedad y/o depresión. De hecho, otros estudios indican que los jóvenes con Dm1 informan tener un nivel de calidad de vida similar a los no diabéticos (Laffel et al., 2003). Aunque existen resultados opuestos que indican que en edades jóvenes se presenta una menor adherencia (Skocic et al., 2010).

Sí obtenemos una diferencia respecto al malestar subjetivo (CORE-W), que es mayor en los jóvenes con Dm1 que en los adultos con Dm1. Esto coincide con diferentes resultados que indican que la Dm1 es un reto para los jóvenes, demandando madurez y autonomía de ellos (Rassart et al., 2018), que en esta edad el automanejo puede ser difícil (Drotar et al., 2013), que la Dm1 puede ser una amenaza para su autoestima física y psicosocial (Cosma y Baban, 2010), o que los jóvenes con Dm1 presentan un mayor riesgo de estrés psicológico (Pyatak et al., 2013),

Jóvenes con Dm1 vs Jóvenes control /Adultos con Dm1 vs. Adultos Control

Al comparar los dos grupos de edad con Dm1 (jóvenes y adultos), con los respectivos grupos control, aparecen solo algunas diferencias significativas entre ambos.

En concreto, los jóvenes con Dm1 presentan menos síntomas físicos derivados de malestar emocional (Subescala CORE PSÍNTOMAS FÍSICOS), que los jóvenes control. Esto coincide con otros resultados que indican que la Dm1 no se asocia con un mayor riesgo de problemas psicosociales, existiendo en niños con Dm1 una igual percepción de calidad de vida que en el grupo control (Wagner et al., 2005). Y con otros que indican que los adolescentes consiguen manejar bien su enfermedad y llevar vidas normales (Lukács et al., 2016), respondiendo de forma adecuada a las demandas de la diabetes (Frank, 2005). No obstante, hay otros estudios cuyos resultados son contrarios a los nuestros, indicando que los jóvenes con Dm1 tienen una vulnerabilidad psicosocial adicional, donde influyen aspectos como las habilidades de afrontamiento, el soporte social y la resiliencia (Dovey-Pearce et al., 2010).

Y, por su parte, los adultos con Dm1 se ven menos afectados que los adultos control, en los niveles de funcionamiento diario. Lo que coincide con estudios que indican que con la edad, existe menos afrontamiento de evitación (Rassart et al. 2016); así la Dm1 se podría considerar una condición, no una enfermedad, y se favorecería el integrar la rutina médica en el día a día de la persona (Cosma y Baban, 2015). Aunque desde el punto de vista del desarrollo, la Dm1 podría interferir en el adquisición de la identidad de adulto (Rassart et al. 2016), existiendo datos que apuntan la existencia de depresión comórbida en el 12% de los adultos con Dm1 (Buchberger et al., 2016).

En resumen, respecto a factores de salud psicológica aparecen algunas diferencias significativas en los análisis realizados, tanto en la muestra total, como en las diferencias respecto al sexo y la edad. Estas diferencias sería interesante tenerlas en cuenta, de cara a plantear intervenciones para mejorar la adherencia. Este hecho se podría apoyar en diversos resultados de estudios que indican que el tratamiento de los problemas emocionales comórbidos en la Dm1 es importante porque supone una mejora en el curso y pronóstico de la enfermedad. Conociendo los modos de afrontamiento se pueden valorar el afecto en la adherencia (Karlsen y Bru, 2002; Grave et al., 2004), posibilitando intervenciones que mejore los resultados de salud. Debiéndose establecer protocolos terapéuticos que consideren las condiciones físicas, psicológicas y sociales de los pacientes (C. de Ornelas et al., 2012) de forma individual, para garantizar una adecuada evolución y pronóstico de la enfermedad. Por otra parte, sería importante tener en cuenta las diferencias respecto al sexo ya que hombres y mujeres necesitarían intervenciones diferentes. Así, en hombres se debería actuar sobre la auto-disciplina para llevar a cabo el autocuidado de forma correcta, y en las mujeres se debería actuar sobre las dificultades emocionales (Rassart¹ et al., 2014).

3.3.- Patrones conductuales y Dm1. Diferencias respecto al sexo y respecto a la edad.

El éxito en el manejo de la Dm1 depende de los factores biopsicosociales que contribuyen a los resultados clínicos (Van Tilburg et al., 2001), teniendo la conducta del sujeto un papel primordial. Las principales conductas a tener en cuenta serían el seguimiento de una dieta adecuada, la realización de ejercicio físico y la

administración adecuada de la medicación (Van Tilburg et al., 2001). Así, son los comportamientos de los pacientes los que van a determinar en gran medida los resultados y pronóstico de salud en diabetes. Las principales conductas que se incluyen en el manejo de la enfermedad son, además de las citadas el control del nivel de glucosa y la evitación de hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco.

Nosotros obtenemos que las diferencias más importantes, entre personas con diabetes y personas control, aparecen en el consumo de alcohol y la frecuencia de realización de ejercicio físico. En general, obtenemos que personas con Dm1 consumen menos alcohol y realizan ejercicio físico de forma más frecuente, que las personas control. El mismo resultado aparece en la comparación de hombres con Dm1 y hombres control, de mujeres con Dm1 y mujeres control y de adultos con Dm1 y adultos control. Estos aspectos conductuales son indicativos de que existe adherencia a pautas de autocuidado (Sanford y Rivers, 2020). Hay estudios que indican que existe interiorización de las conductas de autocuidado y una percepción de las consecuencias derivadas del incumplimiento, lo que deriva en una creencia de control de la situación y en una mayor calidad de vida (Cosma y Baban, 2017). Así mismo, el ejercicio físico se relaciona con una adecuada calidad de vida respecto a la salud, supone beneficios a nivel mental y social, y mejora la autoestima (Lukács et al., 2016). Y, por otra parte, el ejercicio físico regular favorece el avance en el tratamiento de la diabetes (Mohajeri y Ridell, 2015).

En el caso de los jóvenes, la diferencia solo aparece en el consumo de alcohol, en concreto, los jóvenes con Dm1 consumen menos alcohol que jóvenes control. Aspecto positivo, ya que la elevada consumición de alcohol en adolescentes con Dm1 se relaciona con una elevada variación glucémica (Ismail et al., 2006), debido a que el alcohol influye en el metabolismo de la glucosa de varias formas, inhibiendo la

gluconeogénesis y glucogenólisis, favoreciendo el menor control metabólico (Van de Wiel, 2004) o aumentando el riesgo de hipoglucemias (Meeking y Cavan, 2004).

Por lo tanto, en general, podríamos decir que las pautas conductuales de autocuidado son interiorizadas por los pacientes en su día a día, sobre todo el control de consumo de alcohol y la realización de ejercicio físico. Así podemos decir que gran parte de las personas con Dm1 evaluadas son adherentes, ya que el seguimiento de estos patrones conductuales indica que existe una adherencia al tratamiento de la diabetes (Rodríguez y Rentría, 2016). Debemos hacer hincapié en que es muy importante el automanejo adaptativo y la adherencia al autocuidado; y aunque los malos hábitos son muy difíciles de cambiar (Drotar et al., 2013), existen intervenciones con potencialidad para modificar las pautas conductuales perjudiciales para la Dm1.

3.4.- Resultados respecto a los Indicadores de la enfermedad. Relación Indicadores /Rasgos de Personalidad y Factores de Salud Psicológica.

La comparación de los datos relativos a la enfermedad, registrados en personas con Dm1 (nivel HbA1c, veces de monitorización de niveles de glucosa, veces administración de insulina, disposición de educación diabetológica, cantidad de hipoglucemias y conocimiento estimado de la enfermedad), no ha arrojado ninguna diferencia significativa. Tampoco hemos obtenido resultados significativos en la comparación de estas variables en hombres y mujeres, ni en jóvenes y adultos.

Sí hemos obtenidos resultados significativos al relacionar los rasgos de personalidad y los factores de salud psicológica con indicadores de automanejo de la Dm1. Los indicadores que hemos adoptado han sido el nivel de HbA1c, como

indicador fisiológico y tomado como valor de referencia para el control metabólico (Barquilla et al., 2010). Y el conocimiento estimado de la enfermedad, como indicador cognitivo, o una perspectiva individual del conocimiento que se estima que se posee de la Dm1. La percepción del beneficio o carga que le supone la adherencia al tratamiento de la Dm1, va a influir en el comportamiento; y esta percepción incluye componentes cognitivos (Sanford y Rivers, 2020).

Respecto al indicador fisiológico, sí podemos indicar que el nivel de HbA1c, en todos los grupos (muestra de casos, hombres con Dm1, mujeres con Dm1, jóvenes con Dm1 y adultos con Dm1) se sitúa por encima del 7%, por lo que existen errores en las pautas de adherencia, que se deberían corregir, para garantizar la evolución y pronóstico de la enfermedad. Así mismo, también hemos obtenido resultados significativos en la asociación con rasgos de personalidad y factores de salud psicológica.

Nivel de HbA1c (Indicador Fisiológico) / Rasgos de Personalidad

Hemos obtenido resultados significativos en el grupo de mujeres con Dm1 y en el grupo de jóvenes con Dm1.

En el caso de mujeres con Dm1, el elevado nivel de HbA1c, es decir, un mal control de la enfermedad se relaciona con mayores puntuaciones en Neuroticismo y menores puntuaciones en Responsabilidad y Amabilidad. Estos dos últimos rasgos coinciden con el prototipo subcontrolado establecido por Asendorpf, que está asociado a un mal ajuste y a problemas sociales (Asendorpf et al., 2001) (No obstante, los resultados respecto a los prototipos se explicarán de forma específica en el siguiente apartado). Acorde a este resultado, existen estudios que indican que puntuaciones elevadas de Responsabilidad y Amabilidad influyen de forma positiva

en el control glucémico y correlacionan con el nivel de HbA1c (Waller et al., 2013). Por su parte, la baja Amabilidad se relaciona con una baja adherencia (Rassart et al., 2018). Y respecto al rasgo de Neuroticismo, lo obtenido coincide con los resultados de otro estudio (Wheeler, K. et al., 2012), que apuntan en la misma dirección; que existe una relación significativa entre el Neuroticismo y los niveles de HbA1c autoinformados (Wheeler et al., 2012). Este rasgo se establece como un factor de riesgo en la percepción del estrés, generando una mayor valoración de los eventos vitales como estresantes, y favoreciendo así, estrategias de afrontamiento maladaptativas (Ćukić y Weiss, 2016). También el elevado Neuroticismo y la baja Responsabilidad se relacionan con mayores consecuencias derivadas de la enfermedad (Rassart et al., 2014).

Por su parte, en los jóvenes con diabetes, el mal control metabólico, el elevado nivel de HbA1c, se asocia con puntuaciones altas de Neuroticismo. Características asociadas a este rasgo y que podrían influir en el autocuidado de la enfermedad serían la falta de motivación, la desidia, la falta de energía y la elevada preocupación por la evaluación física (Nefs et al., 2015). Podríamos decir que existiría una doble influencia negativa en la adherencia, según los resultados de estudios que indican que el elevado Neuroticismo supone un mayor riesgo de percepción de estrés psicológico (Ćukić y Weiss, 2016) y más consecuencias en Dm (Rassart et al., 2014). Y por otra parte, otros resultados indican que los jóvenes con Dm1 presentan un mayor nivel de estrés emocional, asociado con el automanejo y la calidad de vida (Rechenberg et al., 2017).

Este último aspecto está muy presente en la Dm1 dada la frecuencia de la evaluación de parámetros biológicos que conlleva y la importancia del valor de los

mismos. Los rasgos de falta de energía y desidia pueden aparecer debido a la continua repetición de pautas de autocuidado día a día; lo óptimo sería que se tendiera a la *automatización* de éstos y a integrarlos de forma normalizada en la vida diaria. Así, estudios indican que habría que aumentar la comprensión de la adherencia, para aceptar el cuidado a largo plazo, y conseguir un balance personal entre la enfermedad y los estilos de vida (Cosma y Baban, 2015).

Conocimiento Estimado de la Enfermedad (Indicador Cognitivo) /Rasgos de Personalidad.

Respecto al conocimiento estimado de la enfermedad, éste se relaciona con diversos rasgos de personalidad en todos los grupos estudiados, menos en el caso de jóvenes con Dm1.

Los estudios apoyan la importancia de contar con un conocimiento adecuado. Así, es importante tener un sólido conocimiento sobre la diabetes e integrar la rutina médica en la vida, y ver la Dm como una condición y no como una enfermedad (Cosma y Baban, 2015), por lo que el automanejo debe implicar un conocimiento factico y experiencia y habilidades de resolución de problemas (Cosma y Baban, 2015). Pero, según nuestros resultados, el estimar tener un correcto conocimiento de la enfermedad se relaciona con mayores niveles de Neuroticismo en personas con Dm1. Este resultado se repite en el caso de hombres con Dm1. Las puntuaciones altas en Neuroticismo se van a relacionar con el riesgo en la percepción de estrés, valorando así los eventos vitales como más estresantes (Ćukić y Weiss, 2016).

Así mismo en mujeres con Dm1, el buen conocimiento estimado se relaciona con elevados niveles de Neuroticismo, y también con bajos niveles de Responsabilidad. Los que se podría relacionar con resultados que indican que las emociones disfuncionales, que implican el Neuroticismo, pueden bajar la motivación por el autocuidado (Rassart et al., 2014). Respecto al rasgo Responsabilidad, nuestros resultados coinciden con otros que indican que la Responsabilidad se relaciona con el mantenimiento de la salud (Costa y McCrae, 2002).

Por su parte, en hombres con Dm1, el estimar tener un conocimiento adecuado de la enfermedad se relaciona con un bajo nivel de Apertura a la Experiencia. Lo que es acorde con otros resultados que indican que puntuaciones elevadas en este rasgo de personalidad favorecen estrategias de afrontamiento más adaptativas (Ćukić y Weiss, 2016). U otros que indican que la Dm1 conlleva consecuencias psicosociales, que hacen percibir la enfermedad como incapacitante (Engum et al., 2005).

Nivel de HbA1c (Indicador Fisiológico) / Factores de Salud Psicológica

En esta asociación obtenemos resultados significativos en la muestra de casos, en hombres con Dm1 y en jóvenes con Dm1. Aunque haya resultados que indiquen que la mayoría de personas con elevador niveles de HbA1c no muestran ni depresión ni distrés (Van Bastelaar et al., 2013).

En personas con Dm1, un mal control de la Dm1, un elevado nivel de HbA1c, se relaciona con mayores problemas emocionales, según la puntuación de CORE Total. Lo que es acorde con resultados que indican que problemas de depresión empeoran el control glucémico, y por los tanto empeoran los niveles de HbA1c (Bykowski, 2016). U otros que indican que un mayor estrés se asocia con los niveles

de HbA1c, con el automanejo de la enfermedad y con la calidad de vida (Rechenberg et al., 2017).

Por su parte, en hombres con Dm1, el mal control fisiológico se relaciona con mayores problemas emocionales, aunque sin riesgo, y con más malestar emocional subjetivo. Este resultado coincide con un estudio que indica que en los hombres existe una mayor asociación entre la depresión y los niveles de HbA1c (Bächie et al., 2015) que en mujeres.

Y en los jóvenes con Dm1, niveles elevados de HbA1c se relacionan con mayores problemas emocionales y de funcionamiento diario. Los jóvenes pueden verse más afectados por síntomas emocionales, lo que puede implicar una menor monitorización de los niveles de glucosa (Matlock et al., 2017), menos adaptación de la administración de insulina, y por tanto un peor control metabólico. Además, los jóvenes presentan una vulnerabilidad social adicional, que va a depender de las habilidades sociales, del soporte y de la resiliencia (Dovey-Pearce et al., 2007).

Conocimiento estimado de la Enfermedad (Indicador cognitivo) /Factores de Salud Psicológica

Por su parte, respecto al indicador cognitivo, solo aparece una relación significativa en el grupo de adultos con Dm1; en concreto un adecuado conocimiento estimado se relaciona con menores niveles de malestar subjetivo y menos problemas de funcionamiento en relaciones íntimas.

Respecto al indicador cognitivo podríamos decir que uno de los pilares de la atención sanitaria en el proceso de diabetes es dotar al paciente de los conocimientos necesarios para manejar la enfermedad y conocer los síntomas indicativos de

situaciones de urgencia, con el objetivo de evitar consecuencias negativas. Si seguimos el modelo tricondicional del comportamiento seguro (Meliá, 2007), para que la persona lleve a cabo las pautas de autocuidado deben saber, poder y querer llevar a cabo estas conductas. Este último factor es el más difícil de manejar, el "querer". Se deberían valorar las variables que pueden influir en tener voluntad para realizar las pautas de autocuidado. La gran mayoría de las personas diabéticas de la muestra han recibido educación diabetológica. Estos procesos de educación diabetológica deberían incidir en aspectos que puedan influir en la adherencia, y sobre todo en la motivación (querer seguir la pauta) para garantizar la adherencia y evitar consecuencias de la enfermedad.

3.5.- Prototipos de Asendorpf y Dm1.

Hemos valorado la asociación que pueda existir entre los prototipos de Asendorpf, los aspectos de adherencia y los factores de salud psicológica.

Prevalencia de los (Porcentaje) prototipos

Podríamos decir que el padecer Dm1 no influye en la prevalencia con que se presentan los prototipos, ya que no existen diferencias significativas respecto al grupo control, en la mayoría de las comparaciones planteadas. Salvo en la comparación entre jóvenes y adultos control, donde si aparecen diferencias en los porcentajes en que se presentan los prototipos.

En concreto, en los adultos control aparecen más Resilientes y menos Sobrecontrolados, que en los jóvenes control. Aspectos que podrían explicar esto

serían resultados que indican que en la adolescencia hay aún una falta de madurez, que conlleva un aumento en la reactividad e intensidad emocional (Hughes et al., 2012); y que puede faltar autocontrol para regular y moderar pensamientos, emociones y conductas (Hughes et al., 2012); o que la edad puede ser una amenaza para la autoestima física y psicosocial (con sentimientos típicos de verse sobrepasado o frustrado) (Cosma y Baban, 2015), provocando una inestabilidad en la percepción de apoyo en estas edades jóvenes (Avendaño y Barra, 2008). Por otra parte, los adultos pueden presentar una mayor resiliencia personal que amortigua la angustia (Van Tilburg et al., 2001).

Relación Prototipos de Asendorpf / Variables de Adherencia/ Factores de Salud Psicológica

Para valorar aspectos específicos de la adherencia al tratamiento de la Dm1, hemos adoptado 3 variables: La adherencia real, la adherencia percibida y el error de estimación de adherencia.

La adherencia real se ha basado en los niveles fisiológicos de HbA1c. La adherencia percibida se ha basado en los hábitos informados de autocuidado de la Dm1 de la persona, que incluye un control del consumo de alcohol y tabaco, la realización regular de ejercicio físico y el seguimiento de una dieta adecuada. Y el error de estimación se ha basado en la diferencia entre las dos variables anteriores.

Resultaría interesante valorar las diferencias que aparezcan en estos aspectos, y la forma en que puedan depender de otros factores como rasgos de personalidad, en concreto, prototipos de Asendorpf, y factores de salud psicológica. Con esta

información se podrían plantear intervenciones específicas y multidisciplinarias, donde se tendrían en cuenta los rasgos de personalidad y la presencia de problemas comórbidos de ansiedad y depresión (Woon et al., 2020) que favorezcan la adherencia al tratamiento y así el pronóstico de la enfermedad.

De acuerdo con nuestros resultados, aparecen algunas diferencias significativas respecto a los prototipos de Asendorpf, en aspectos de adherencia al tratamiento de Dm1. Aunque esto no coincidiría con estudios que indican la existencia de una baja interacción entre el nivel de adherencia y los estilos de personalidad (Granados y Escalante, 2010).

Muestra de casos.

En la muestra de casos, hemos obtenido diferencias significativas entre los prototipos respecto a la adherencia percibida y al error estimado de adherencia. En concreto, los Resilientes son los que más error de estimación de adherencia cometen y los que más adherencia perciben, teniendo valores de HbA1c indicativos de mal automanejo. Mientras que los Sobrecontrolados son los que menos error de estimación cometen y los que presentan el nivel más bajo de HbA_{1C}; no obstante, esto no se traduce en buen ajuste porque son los más afectados por problemas emocionales.

Así, los Resilientes presentan una sobre confianza en su adherencia, ya que estimando que presentan una correcta adherencia, muestran valores de HbA1c indicativos de mal control metabólico. Esto puede ser coherente con el buen ajuste típico de los resilientes al percibir y afrontar situaciones estresantes (Van Leeuwen et

al., 2004). Aunque estos resultados también serían compatibles con la discapacidad social que se atribuye a la resiliencia en algunos estudios (Roth y Herzberg, 2007).

Los diferentes prototipos además de presentar las diferencias respecto a las variables de adherencia indicadas, también muestran diferencias significativas en cuanto a la influencia de factores de salud psicológica.

En concreto, en la muestra de personas con Dm1, los Sobrecontrolados son los que más problemas y síntomas emocionales presentan. Es un resultado sólido que se evidencia en las puntuaciones de las escalas CORE Total sin R (sin riesgo), problemas y síntomas (Core P) y todas sus subescalas (ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos), así como en los cuestionarios BDI y BAI. Esto es acorde con el hecho de que el prototipo sobrecontrolado se asocia con mayores niveles de ansiedad y depresión (Asendorpf et al., 2001). Por su parte, los Resilientes son los que menos problemas presentan en este ámbito, lo que coincide con el hecho de que la resiliencia influye en el número, intensidad y duración de los síntomas de estrés (Rechenberg et al., 2017).

En referencia al funcionamiento diario, los Resilientes son los que menos afectados se ven en dicho nivel de funcionamiento, pero sí presentan más problemas en el ámbito de relaciones íntimas, pudiendo mostrar síntomas de soledad y menos apoyo y afecto por parte de los demás. Los Sobrecontrolados son los que más problemas presentan en el nivel de funcionamiento diario, lo que puede estar mediado por los problemas emocionales y sentimientos de inhibición y timidez asociados a este prototipo (Asendorpf et al., 2001). Así, aunque la Dm1 no aumenta el riesgo de problemas psicosociales (Munkácsi et al. 2018), el apoyo social favorece los resultados de salud, supone un apoyo para enfrentar eventos estresantes y así se relaciona con un mejor ajuste a la enfermedad (Rondón y Lugli, 2014).

Respecto al riesgo, los Sobrecontrolados puntúan más en ambas subescalas, autoagresión y daño a terceros. esto se puede asociar con características del prototipo como la baja autoestima social, pocos contactos sociales etc. (Asendorpf et al., 2001). así mismo, esto coincide con otros resultados que indican que la Dm1 se asocia con una mayor presencia de ideación suicida (C. de Ornelas et al., 2012); o que pensamientos suicidas se han relacionado con la no adherencia al tratamiento (Buchberger et al., 2016). Los problemas de ajuste de adaptación a la enfermedad que presentan los Sobrecontrolados, pueden deberse a una interacción entre factores psicofísicos y psicosociales que afectan a la calidad de vida (Wasserman y Trifonova, 2006).

En el grupo control, se sigue el mismo patrón que en la muestra de casos en los problemas y síntomas emocionales, no apareciendo la diferencia en la subescala síntomas físicos que aparece en la muestra de casos. En el funcionamiento diario, de nuevo, como en los jóvenes, los Resilientes presentan más problemas en relaciones íntimas y los Sobrecontrolados son los que menos presenta. En cambio, respecto a las relaciones sociales y al nivel de funcionamiento general, se invierte el patrón, siendo los Sobrecontrolados los que más problemas presentan, y los Resilientes los que menos. En el riesgo de daño a terceros, aparecen un patrón diferente al de adultos con Dm1. En adultos control son los Resilientes los más afectados y los Sobrecontrolados lo menos.

Hombres

En el caso de los hombres con Dm1, aparecen diferencias significativas en el error de estimación de adherencia que comenten, siendo los Resilientes los que más error de estimación presentan, al igual que en la muestra total de personas con Dm1.

Por su parte, los Sobrecontrolados son los que menos error cometen. Así, los hombres Resilientes con Dm1 también sobreestimarían su adherencia; esto es acorde con estudios que indican los hombres en general suelen tener una mejor percepción de la calidad de vida (Lukács et al., 2014).

Respecto a los factores de salud psicológica, los hombres Sobrecontrolados son los que más problemas y/o síntomas de depresión y ansiedad presentan. Igual resultado se obtiene respecto al nivel de funcionamiento diario

Y por último, respecto a la escala riesgo y sus dos subescalas (autodaño y daño a terceros), también son los Sobrecontrolados los que mayor problemas presentan. Y los hombres Resilientes son los que menos problemas presentan en síntomas emocionales, en problemas de funcionamiento diario y en riesgo.

Este patrón se repite en la muestra control, salvo en el caso de puntuación total CORE, donde los que más puntúan son los Subcontrolados.

Estos resultados pueden ser acordes al hecho de que son los Sobrecontrolados los que muestran una baja autoestima social y un menor número de relaciones sociales, así como una mayor tendencia a sufrir problemas emocionales (Asendorpf et al., 2001).

Mujeres

En el caso de las mujeres, no existen diferencias entre prototipos en los aspectos evaluados de adherencia.

Aunque sí existen algunos resultados significativos respecto a diferencias entre prototipos en la influencia de factores de salud psicológica. En concreto, las Sobrecontroladas son las que más problemas de depresión (BDI) presentan y las Resilientes las que menos. El elevado Neuroticismo, asociado al prototipo

sobrecontrolado, se puede relacionar con un mayor sufrimiento somático no asociado a problemas físicos (Cooper, 2014).

En cuanto al funcionamiento diario, se repite el mismo patrón, las Sobrecontroladas son las que más problemas presentan, y las Resilientes las que menos. Esto puede ser acorde con la baja Extroversión que se le atribuye en algunos estudios a las mujeres con Dm1 (Ćukić y Weiss, 2016).

Por su parte respecto al riesgo, en concreto el riesgo de daño a terceros, las Subcontroladas son las que más problemas presentan, y las Resilientes las que menos. El riesgo de daño a terceros se puede relacionar con características del prototipo subcontrolado como la baja sociabilidad (Asendorpf et al. 2001).

En el grupo control de mujeres se repite el mismo patrón en escalas de problemas emocionales; aunque en el funcionamiento en relaciones íntimas aparece una diferencia significativa, donde las Resilientes son las que más afectadas se ven y las Sobrecontroladas las que menos. Se podría evidenciar en este aspecto la deseabilidad social que se le puede atribuir a las personas resilientes (Roth y Herzberg, 2007).

Jóvenes

En jóvenes con diabetes, no aparecen diferencias significativas entre prototipos en los aspectos evaluados de adherencia. Esto puede ser acorde con estudios que indican que aunque los jóvenes con Dm1 deben tomar decisiones médicas complejas diariamente, no hay interacción entre rasgos de personalidad y variables demográficas (Waller et al., 2013).

Respecto a factores de salud psicológica, obtenemos resultados significativos entre prototipos en problemas de depresión (BDI), donde los Sobrecontrolados son

los que más afectados se ven y los Resilientes los que menos. Este patrón se repite en las escalas de riesgo, en concreto en CORE R y en la subescala autoagresión.

En el grupo control, los resultados son similares respecto a la depresión, pero en malestar subjetivo y relaciones íntimas, los Resilientes son los que más problemas presentan, y los Sobrecontrolados los que menos. De nuevo puede aparecer aspectos de deseabilidad social atribuidos a las personas resilientes (Roth y Herzberg, 2007).

Estos resultados son acordes al mayor riesgo de problemas emocionales asociado al prototipo sobrecontrolado (Asendorpf, 2001) y a aspectos específicos de la edad. Algunos resultados en esta dirección indican que la puntuación en el cuestionario BDI se relaciona con un pobre control glucémico, según los niveles de HbA1c (Van Tilburg et al., 2001); u otros que indican que los esfuerzos para enfrentar las demandas conductuales de autocuidado son contraproducentes para la autoestima psicológica, llegando a generar tensión emocional en los adolescentes con Dm1 (Cosma y Baban, 2015). De hecho, los adolescentes pueden experimentar lo denominado como “reacción emocional-específica por el manejo de diabetes” (Iturralde, 2019).

Adultos

Por último, en adultos con Dm1, aparecen diferencias significativas en algunos aspectos de adherencia. En concreto, en los niveles de HbA1c, los Subcontrolados son los que más nivel presentan, y los Sobrecontrolados los que menos. Esto se puede explicar por el hecho de que la baja Amabilidad y Responsabilidad, característica del prototipo subcontrolado, se relaciona con una baja adherencia; siendo así mismo características que aumentan con la edad (Rassart et al., 2018). Así mismo una baja Responsabilidad se relaciona con problemas de adaptación, problemas relacionados

con la Dm1 y con más consecuencias derivadas de la enfermedad (Rassart et al. 2014). Por su parte, en el error de estimación, los Resilientes son los que más error cometen y los Sobrecontrolados son los que menos. En los adultos con Dm1, al igual que en la muestra total de personas con Dm1, también aparece una sobre estimación de la adherencia en Resilientes. La resiliencia se relaciona con optimismo y sentimiento de autoeficacia que puede influir en este error de estimación (Yi-Frazier et al., 2015).

Respecto a factores de salud psicológica, las diferencias significativas aparecen en problemas y síntomas emocionales; siendo los Sobrecontrolados los que más problemas presentan y los Resilientes los que menos; salvo en la subescala de síntomas físicos, donde son los Subcontrolados los que más afectados se ven. En el funcionamiento general, los Subcontrolados son los que más problemas presentan y los Resilientes los que menos. Estos resultados coinciden con estudios que asocian el bajo nivel de Amabilidad (típico del prototipo Subcontrolado) con una baja percepción de apoyo social, que favorece que se esconda la enfermedad en público (Rassart¹ et al. 2014). O con el hecho de que la depresión se asocia con consecuencias psicológicas y sociales, además de con mayor riesgo en control metabólico (Van Tilburg et al., 2001); así mismo, la depresión se asocia a limitaciones funcionales percibidas como percibir la enfermedad como incapacitante (Engum et al., 2005).

En cuanto al riesgo, los Sobrecontrolados son los que más riesgo presentan y los Resilientes los que menos. En la subescala daño a terceros, son los Subcontrolados los que más afectados se ven, y de nuevo los Resilientes los que menos. El hecho de la agresión a terceros se puede explicar aludiendo a las conductas antisociales y conflictos interpersonales que se asocian con el prototipo Subcontrolado (Asendorpf et al., 2001). O a resultados que indican que los rasgos de Responsabilidad y

Amabilidad se relacionan con la salud mental, en concreto con problemas de conducta (Granados y Escalante, 2010).

En resumen, el prototipo Sobrecontrolado se relaciona con más problemas emocionales en pacientes con Dm1, tanto en la muestra de casos, como en hombres y mujeres con Dm1, y en jóvenes y adultos con Dm1. Los Sobrecontrolados también se ven más afectados en el funcionamiento diario, aunque en el caso de los adultos con Dm1 son los Subcontrolados los que más influidos se ven. Y este prototipo también es el que más riesgo presenta; aunque el riesgo de daño a terceros es mayor en Subcontrolados adultos y en mujeres. Por su parte, los hombres Sobrecontrolados son los que presentan más riesgo daño a terceros.

Por su parte, los Resilientes son los que menos problemas emocionales y de riesgo presentan, en todos los análisis realizados en la muestra. Sí aparece el resultado de una mayor afectación en el ámbito del funcionamiento en relaciones íntimas en la muestra de personas con Dm1; que podría atribuirse a estudios que atribuyen a personas resilientes características de deseabilidad social (Roth y Herzberg, 2007).

Respecto a los aspectos de adherencia, las mayores diferencias significativas entre prototipos se dan en la muestra total de personas con Dm1 y en el grupo de adultos con Dm1, donde los Resilientes comente el mayor error de estimación de adherencia. Y en el caso de personas con Dm1, los Resilientes son los que presentan una mayor adherencia percibida.

Así, podemos decir que los prototipos implican algunas diferencias en variables de adherencia al autocuidado de la Dm1, y a su vez, en factores de salud psicológica. Sería importante tenerlos en cuenta para plantear intervenciones orientadas a mejorar el control metabólico y favorecer la salud psicológica de

pacientes con Dm1. Esto a su vez coincide con lo indicado por otros estudios que indican que la intervención en resolución de problemas favorecería la reducción del nivel de HbA1c (Skocic et al., 2010); que la depresión sería un factor de riesgo modificable y con una intervención al respecto se mejorarían los resultados de salud (Gendelman et al., 2009); o que los avances teóricos de la conducta de salud incluyen mecanismos de adherencia, como las creencias y los hábitos (Philips et al., 2016).

4.- Limitaciones

Este estudio cuenta con una serie de limitaciones.

- En principio se analiza una muestra pequeña de sujetos con Dm1.
- El uso de cuestionarios auto-informados puede dar lugar a procesos psicológicos de respuesta indeseados, como la deseabilidad social, exagerar o reducir los rasgos o síntomas a la hora de contestar, perfilar los rasgos de personalidad... lo que genera sesgos de respuesta.
- Y habría que analizar de forma más exhaustiva las relaciones obtenidas como significativas.

5.- Conclusiones

- En la muestra total, no existen diferencias respecto a la personalidad. La enfermedad no tendría que implicar cambios en los rasgos de personalidad. Sí sería posible que los rasgos predominantes en los pacientes puedan determinar la adaptación y el seguimiento de las pautas de autocuidado de la Dm1.
- Respecto a factores de salud psicológica, las personas con Dm1 muestran menos problemas y/o síntomas emocionales que las personas control. Se podría decir que, en la muestra analizada, el padecer una enfermedad tan demandante como la Dm1, no tendría que relacionarse con la presencia de mayores problemas emocionales.
- Respecto a los hábitos conductuales, las personas con Dm1 muestran mejores hábitos que personas control, en concreto consumen menos alcohol y realizan ejercicio físico de forma más frecuente. Pautas que en general resultan saludables para la salud, y en particular forman parte importante de las pautas de autocuidado.
- La media de los niveles de HbA1c se ha situado por encima del 7% en todos los análisis realizados. Esto es indicativo de un mal control glucémico de la Diabetes.
- Al comparar hombres y mujeres, con y sin Dm1, respectivamente, no se obtienen diferencias significativas respecto a rasgos de personalidad. Sí obtenemos diferencias significativas respecto al peso corporal y respecto a los hábitos conductuales. En concreto, los hombres con Dm1 pesan menos que los hombres control; mientras que las mujeres con Dm1 pesan más que las mujeres control. Respecto a los hábitos, tanto hombres como mujeres con

Dm1, consumen menos alcohol y realizan más ejercicio físico que los hombres y mujeres control, respectivamente.

- Los hombres con Dm1 presentan menos problemas de salud psicológica que los hombres control. En concreto, presentan menos problemas emocionales y/o síntomas, menos ansiedad, depresión, trauma y menos problemas en el nivel de funcionamiento. En las mujeres con Dm1 respecto a las mujeres control, no aparecen diferencias significativas en los factores de salud psicológica. Se podría decir que los hombres con Dm1 muestran menos problemas emocionales, lo que podría redundar en una mejor adherencia al autocuidado.
- Al comparar hombres con Dm1 y mujeres con Dm1, se obtienen diferencias significativas en rasgos de personalidad, en factores de salud psicológica y en hábitos conductuales; no apareciendo diferencias en aspectos de cuidado de la Dm1. Las mujeres con Dm1 presentan más Neuroticismo que los hombres con Dm1, lo que supondría en ellas una mayor inestabilidad emocional. Esta inestabilidad emocional también se evidencia en las puntuaciones de ansiedad y depresión, que son mayores en mujeres con Dm1 que en los hombres con Dm1. Estas diferencias no supondrían variaciones en el autocuidado de la enfermedad, ya que no obtenemos resultados significativos al comparar hombres y mujeres con Dm1 en aspectos referidos a la Dm1.
- Respecto a las características conductuales, los hombres con Dm1 consumen más alcohol que las mujeres con Dm1. Esta conducta en exceso supondría efectos negativos en el autocuidado de la Dm1.
- En jóvenes con Dm1 no existen diferencias en rasgos de personalidad, respecto a jóvenes control. Y respecto a factores de salud psicológica, con

Dm1 presentan menos síntomas físicos derivados de problemas emocionales, que los jóvenes control.

- En cuanto a los hábitos, los jóvenes con Dm1 solo se diferencian de los jóvenes control en un menor consumo de alcohol. Se podría decir que los jóvenes con Dm1 interiorizan la pauta de autocuidado de controlar hábitos tóxicos; mientras que el ejercicio físico podría ser una pauta habitual en personas jóvenes en general, no suponiendo la Dm1 ninguna diferencia al respecto.
- En los adultos con Dm1, no existen diferencias significativas en rasgos de personalidad, respecto a los adultos control. Respecto a los factores de salud psicológica, los adultos con Dm1 presentan menos problemas de funcionamiento diario y de nivel de funcionamiento general; así la Dm1 no supondría limitaciones significativas en el día a día, y la duración de la enfermedad se podría relacionar con una adaptación al autocuidado.
- Por otra parte, los adultos con Dm1 presentan mejores hábitos que adultos control, consumen menos alcohol y realizan más ejercicio físico.
- Al comparar jóvenes con Dm1 y adultos con Dm1, no aparecen diferencias respecto a los rasgos de personalidad. Y respecto a los factores de salud psicológica, los jóvenes con Dm1 muestran un mayor malestar subjetivo que los adultos con Dm1; lo que de nuevo podría sugerir que el tiempo de la enfermedad favorece una adaptación emocional y aceptación de la situación.
- Respecto a los hábitos conductuales, los jóvenes con Dm1 consumen menos alcohol y fuman menos, es decir presentan mejores hábitos que los adultos con Dm1. Esto se podría deber a que los adultos relativicen la necesidad de seguir las pautas de autocuidado.

- En la muestra de casos no aparece relaciones significativas entre los niveles de HbA1c y los rasgos de personalidad. Aunque en el análisis de mujeres con Dm1 y jóvenes con Dm1, elevados niveles de HbA1c se relacionan con niveles elevados de Neuroticismo. Habría que valorar si esta asociación se debe a aspectos fisiológicos o se ve mediada por aspectos de mal autocuidado. En el caso de mujeres, los niveles elevados de HbA1c también se asocian con bajos niveles de Amabilidad y de Responsabilidad.
- Por su parte, respecto a la asociación entre el conocimiento estimado de la Dm1 y los rasgos de personalidad, el estimar tener un conocimiento adecuado se relaciona con elevados niveles de Neuroticismo en la muestra de personas con Dm1, en adultos con Dm1 y en mujeres con Dm1. Así, este indicador parece no ser muy adecuado, ya que algo, en principio, positivo como es conocer aspectos de la enfermedad se asocia a niveles elevados de inestabilidad emocional.
- En mujeres con Dm1 también se relaciona el adecuado conocimiento de la Dm1, con bajos niveles de Responsabilidad. Lo que podría suponer limitaciones a la hora de llevar a cabo los requerimientos de autocuidado.
- En el caso de hombres con Dm1, el buen conocimiento estimado de la enfermedad se relaciona con menores niveles de Apertura a la Experiencia. Por lo que en hombres el conocer de la Dm1 les puede suponer una limitación en su día a día.
- En cuanto a la relación entre el indicador fisiológico, nivel de HbA1c, y los factores de salud psicológica, el buen control metabólico (bajos niveles de HbA1c) se relacionan con menos problemas / síntomas emocionales en la muestra de casos, en hombres con Dm1 y en jóvenes con Dm1. Así,

podríamos relacionar la estabilidad emocional con adecuados niveles de HbA1c.

- Respecto a la asociación entre el indicador cognitivo y los factores de salud psicológica, obtenemos resultados significativos en hombres con Dm1, en mujeres con Dm1 y en adultos con Dm1. En hombres, el estimar tener un adecuado conocimiento de la enfermedad se relaciona con menos niveles de problemas emocionales. En mujeres, el estimar un buen conocimiento se relaciona con menor riesgo de autoagresión. Y en adultos, el buen conocimiento estimado se relaciona con menor malestar subjetivo y menos problemas en el funcionamiento en relaciones íntimas.
- Así, aunque respecto a los rasgos de personalidad, el buen conocimiento estimado se relaciona con elevados niveles de Neuroticismo; en cuanto a factores de salud psicológica, el estimar un conocimiento adecuado se relaciona con menos niveles de problemas y/o síntomas emocionales.
- Respecto a los prototipos, no existen diferencias significativas en el porcentaje en que se presentan los diferentes prototipos, en la totalidad de análisis realizados; salvo en la comparación entre jóvenes y adultos control. Así, el padecer Dm1 no implicaría, en principio, diferencias importantes en cuanto a los prototipos que presente la persona.
- Las diferencias obtenidas entre jóvenes y adultos control indican que en los adultos existen un mayor número de Resilientes, y un menor número de Subcontrolados. La mayor presencia de resilientes en adultos podría indicar la presencia de procesos de adaptación, viéndose menos afectados por problemas y/o síntomas psicológicos.

- Respecto a los datos de adherencia, en la muestra de casos, los Resilientes son los que más adherencia percibida presentan, pero los que más error de estimación de adherencia cometen. Así, los Resilientes presentan un exceso de confianza respecto a su adherencia. Los Subcontrolados son los que menos adherencia percibida presentan; algo que podría ser acorde con los problemas de conducta propios de este prototipo. Y los Sobrecontrolados los que menos error de estimación cometen; aunque estos suelen presentar un mayor nivel de problemas emocionales.
- No aparecen diferencias significativas en aspectos de adherencia en el grupo de mujeres ni de jóvenes con Dm1.
- En hombres con Dm1, los Resilientes son los que más error de estimación comenten. Y por su parte, en los adultos con Dm1, los Resilientes son los que más nivel de HbA1c presentan y los que más error comenten en la estimación de adherencia. De nuevo aparece un exceso de confianza en los Resilientes.
- Sería de destacar la mayor afectación en el funcionamiento en relaciones íntimas que presentan los Resilientes de la muestra de casos, lo que podría ser indicativo de la presencia de deseabilidad en este prototipo.
- Los Sobrecontrolados son los que, en general, han presentado más problemas emocionales, de ansiedad y/o depresión, de funcionamiento diario y de riesgo. Excepción a esto sería los mayores problemas de depresión y agresión a terceros que presentan las mujeres Subcontroladas con Dm1; y los problemas de nivel de funcionamiento y de agresión a terceros que presentan los adultos Subcontrolados con Dm1.

Potenciales beneficios de intervenciones Psico-Educativas

Si adoptamos a la persona como un todo y su salud como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, según los resultados obtenidos en esta investigación, existen rasgos a tener en cuenta en posibles intervenciones psicoeducativas que favorezcan el manejo de la Dm1. Así mismo, se deben tener en cuenta las diferencias entre sexos y las diferencias de edad, ya que son grupos que muestran sus propias características y requerimientos.

Queda claro que en el autocuidado de la Diabetes Tipo 1 influyen rasgos de personalidad de los pacientes, factores de salud psicológica y rasgos conductuales. Como hemos visto, existen diferentes teorías que explican como distintos planteamientos de la persona pueden determinar su comportamiento relacionado con la salud (motivaciones, percepciones, interpretaciones...). Y, por otra parte, las características de la personalidad, en tanto que predicen el mal control de la misma, nos pueden servir para identificar la población diana que peor se autocontrola y tratar de intervenir con ellos de una manera más intensa y específica

Por lo tanto, intervenciones potenciales deberían abarcar a factores cognitivos, emocionales y conductuales.

Intervenciones específicas a realizar podrían ser:

- Control de ansiedad: Técnicas de Autocontrol. Como hemos visto el mecanismo de activación de estrés puede afectar a los valores fisiológicos de referencia de la enfermedad; a través de una vía biológica o de una vía conductual.

- Solución de Problemas: Normalización del día a día. Establecer los modos más funcionales para introducir las conductas de autocuidado en los hábitos diarios de la persona. Así como, aprender a controlar los hábitos inadecuados para la enfermedad.
- Reestructuración Cognitiva: Pensamientos disfuncionales. Eliminar aquellas ideas, percepciones o interpretaciones de situaciones que puedan suponer un freno o una barrera a la adherencia; y que con seguridad contarán con diversos sesgos cognitivos.
- Habilidades Sociales: normalizar las relaciones con los demás, controlando percepciones de sí mismo distorsionadas; y haciendo énfasis en la idea de que la Dm1 no es un *problema* para relacionarse con los demás.

**IV.-Estudio 2: Estudio
Descriptivo de los efectos
del estrés y la presencia
de Trastorno Depresivo
en
la Diabetes Tipo 2.**

1.- METODOLOGÍA

La Diabetes Tipo 2 (Dm2), como patología crónica, supone elevadas demandas de autocuidado, lo que afecta a la calidad de vida de la persona y por tanto, implica fuertemente a los recursos emocionales de afrontamiento del paciente. Esto implica un riesgo para la aparición de síntomas o trastornos depresivos, que por su parte, pueden alterar los niveles de glucosa y HbA1c; tomando estos últimos como indicador fisiológico del automanejo de la Dm2. Niveles de HbA1c $\geq 7\%$ supone una situación que implicaría un control defectuoso de la enfermedad con rasgos como el seguimiento de una dieta inadecuada, hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco, o la ausencia de ejercicio físico de forma regular.

Las bases teóricas que fundamentaron el “Estudio descriptivo de los efectos del Estrés y la presencia del Trastorno Depresivo en Diabetes Tipo 2”, se centran en la prevalencia y potenciales consecuencias de la Dm2.

1.1. Tipo de estudio. Participantes. Contextos

Se realizó un estudio de corte-transversal para describir los trastornos depresivos en una muestra de la población con Dm2 de Córdoba. De cada centro de salud, que componen dicha área, se ha seleccionado un número proporcional de pacientes. Dichas personas fueron elegidas aleatoriamente a través del listado de pacientes de la base de datos de peticiones de control de hemoglobina glicosilada (HbA1c).

La muestra de casos estuvo formada por 70 personas con diagnóstico de Dm2; y el grupo control estuvo formado por 35 personas sin diagnóstico de Dm2. Por su parte, la muestra de caso estaba compuesta por 33 hombres (47.14%) y 37 mujeres

(53.6 %). Y por su parte, la muestra control estuvo compuesto por 14 hombres (40%) y 21 mujeres (60 %).

1.2.- Diseño

Se evaluó la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes con Dm2, a través de la escala de medida validada por el *Harvard Department of Psychiatry/National Depression Screening Day Scale* (HANDS) y una entrevista de motivación y autocuidado de la enfermedad. Así mismo, se relacionaron estos parámetros con los niveles de glucosa, los niveles de HbA1c y otros factores de riesgo.

1.3.- Variables

1.3.1.- Datos demográficos y de hábitos.

Se recogieron los datos de edad, sexo, edad de inicio de la Dm2, peso, talla, antecedentes familiares de la enfermedad y presencia de otras patologías como hipertensión, enfermedades coronarias o dislipidemia. Por otra parte, se recoge la existencia de hábito tabáquico y consumo de alcohol, la actividad física, el seguimiento de una dieta adecuada, la toma correcta de medicación y la existencia de lesiones micro y macrovasculares.

1.3.2.- Datos antropométricos.

El índice de Masa Corporal (IMC) se calculó dividiendo el peso (kg) por la altura (m) al cuadrado.

1.3.3.- Datos Bioquímicos.

Se registran los niveles de glucosa, de colesterol y triglicéridos y de HbA1c. Los niveles de glucosa en plasma son medidos por el método de la glucosa oxidasa. La concentración de colesterol total (CT) y triglicéridos (TG) fue determinada por técnicas enzimáticas (CHOD-PAP y GPO-PAP, respectivamente). Los niveles de *high density lipoprotein cholesterol* (HDL C) fue determinado por un procedimiento de precipitación Dextran sulfato-magnesio. Los niveles de *low density lipoprotein cholesterol* (LDL C) fueron calculados desde la concentración de TC, TG y HDL-C, por la fórmula Friedewald. Niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) fueron medidos por su determinación en muestras frescas por HPLC (Bio-Rad, Paris, France).

1.3.4.- Datos psicológicos.

Se han recogido datos relativos al estrés psicológico (entrevista basada en la escala PAID) y la presencia de trastorno depresivo a través de la escala HANDS.

1.4.- Métodos y técnicas de recogida de datos

Para la recogida de datos del grupo de casos, los dossiers de recogida de datos eran facilitados a los pacientes con Dm1 que asistían a la consulta. Dicho dossier era cumplimentado en ese momento y una vez completado era entregado allí mismo. Posteriormente nosotros recogíamos los dossiers para el registro de datos y corrección de los cuestionarios.

La población de pacientes con diabetes, según el registro de la base de datos informatizada del programa asistencial DIRAYA, es de 19155 en la muestra de 2009, y aproximadamente el 80% son diabéticos tipo 2. Si, según los datos (Clouse y

Lustman, 2001), estimamos que la prevalencia de la depresión en adultos con diabetes tipo 2 representa el 19%, la población adulta con DM2 con depresión sería aproximadamente de unos 3640 sujetos.

Adoptando un nivel de confianza del 90% y aceptando un error del 0.07%, la muestra necesaria debe estar formada por 70 pacientes. Por su parte, la muestra control estaba formada por 35 adultos, de entre 30 y 75 años, sin diagnóstico de Dm2.

Definido el número de personas de la muestra, se realizó un contacto telefónico con los seleccionados para solicitar la colaboración y comprobar los requisitos. Estos requisitos serían: tener más de 35 años, tener diagnóstico de Dm2 y no haber sido tratado con insulina los 5 años posteriores al diagnóstico. Más tarde se completó la entrevista y cuestionario; así como se registraron los datos bioquímicos.

Para la recogida de datos del grupo control se han facilitado los dossiers de recogida de datos a los sujetos que han mostrado su disposición a participar; una vez cumplimentados eran devueltos y recogidos por nosotros para el registro de datos y corrección de los cuestionarios.

1.4.1- Problem Areas in Diabetes (PAID).

Para recoger los datos relativos al estrés psicológico ocasionado por la enfermedad, se emplearon varios ítems destacados de la escala *Problem Areas in Diabetes* (PAID), escala específica y validada para evaluar el estrés en diabetes (Polonsky et al., 2005; Nichols et al., 2000). Se realizó una entrevista con preguntas de respuesta graduada en una escala de 5 puntos (5=Mucho, 4=Bastante, 3=Algo, 2=Poco, 1= Muy poco). El contenido de estas preguntas hace referencia a síntomas de estrés que pueden aparecer con el plan de tratamiento de la enfermedad y que pueden

afectar a las actividades del día a día: sobrecarga por la atención requerida por la DM2, satisfacción con la atención médica recibida, apoyo socio-familiar percibido, miedo por complicaciones de la enfermedad a largo plazo, seguimiento de una dieta adecuada, realización de ejercicio físico y motivación para las actividades diarias.

1.4.2.- HANDS (*Harvard Department of Psychiatry /National Depression Screening Day*)

El test de evaluación psicológica usado para dilucidar la existencia de un trastorno depresivo fue la escala HANDS. La escala HANDS es una escala de autovaloración formada por 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta desde “Nada de tiempo” hasta “Todo el tiempo”. Tiene un rango de puntuación de 0 a 30, siendo significativas las puntuaciones ≥ 9 , con una sensibilidad del 0.95 y una especificidad entre 0.60 y 0.94 para la depresión mayor. Cabe destacar que este test es breve, fácil de cumplimentar y tiene unas sólidas propiedades de fiabilidad (ej: la consistencia interna es de 87) (Lin et al., 2004; Fava et al., 2006).

1.5.-Análisis de Datos

El objetivo del estudio fue valorar la presencia de síntomas de estrés emocional y estados depresivos en la población con DM2. Como objetivos secundarios se analizaron las implicaciones de los síntomas de estrés y el trastorno depresivo en el manejo de la DM2. Las variables cuantitativas se representan con la media y desviación estándar. Las variables cualitativas se representan por la frecuencia relativa de cada una de las opciones y su porcentaje en relación al total de la muestra. Para las variables de consumo de alcohol y tabaco, la realización de ejercicio físico y

el seguimiento de la dieta se han empleado tablas de contingencia 2x2, con el cálculo del chi cuadrado.

Evaluada las respuestas, y con el fin de poder evaluar la hipótesis de trabajo, se procedió a buscar las posibles relaciones entre los diferentes síntomas de estrés, la puntuación en la escala HANDS, y los niveles de HbA1c ; así como las posibles diferencias existentes en cuanto al sexo. Se ha empleado un coeficiente de correlación lineal, que indicaría el nivel de relación lineal entre dos variables. El nivel de HbA_{1c} se ha relacionado con cada síntoma de estrés registrado, y con los valores obtenidos en hombres y mujeres por separado. Así mismo, el nivel de HbA1c se ha relacionado con la puntuación en la escala HANDS $< \text{ó} \geq 9$, y con la puntuación en la escala de hombres y mujeres por separado. Los datos se analizaron con el programa estadístico SSPS (Versión 18.0).. Una $p < 0,05$ representa diferencias significativas en la comparación de test estadísticos y en los estudios de correlación.

2.- RESULTADOS

La muestra de Dm2 analizada (n=70) está compuesta por 33 hombres (47.14%) y 37 mujeres (53.6 %). La media de edad para el total de la muestra es de 66.71 ± 7.31 años, con una media de edad de 65.09 ± 8.24 años para hombres y de 68.19 ± 6.57 años para las mujeres ($p=0.175$). El tiempo de duración de su diabetes es 9.68 ± 6.78 años en la muestra total, 8.7 ± 6.40 años en hombres y 10.21 ± 6.90 años en las mujeres ($p=0.988$) (Tabla 1).

El grupo de control analizado (n=35) está compuesto por 14 hombres (40%) y 21 mujeres (60 %). La media de edad para el total de la muestra es de 59.32 ± 11.11 años, con una media de edad de 64.71 ± 9.91 años para hombres y 58.71 ± 11.19 años para las mujeres ($p < 0.001$).

De la muestra total, un 34.28% presenta otro tipo de enfermedad, en el caso de los hombres es un 35.71% y en el caso de las mujeres un 33.34% ($p=0.884$) (Tabla 1.1).

2.1.- Características clínicas y bioquímicas de la muestra.

La media de peso corporal de la muestra total fue 78.22 ± 11.04 Kg. La comparación del peso entre hombres (83.72 ± 9.27 Kg) y mujeres (73.18 ± 10.92 Kg), puso en evidencia la existencia de diferencias significativas entre ambos sexos ($p=0.001$). El valor medio del IMC para la muestra fue 29.58 ± 3.80 y no se observaron diferencias significativas entre hombres (29.31 ± 3.24) y mujeres es 29.82 ± 4.33 ($p=0.661$).

Los niveles medios de glucemia en la muestra global son 142.13 ± 30.73 mg/dL. El nivel de glucemia medio para los hombres fue de 140.27 ± 25.21 mg/dL, y para las

mujeres de 144.27 ± 35.68 mg/dL ($p=0.733$). Los niveles medios de HbA1c de la muestra fueron 7.28 ± 1.01 , y no se observaron diferencias significativas entre los niveles mostrados por los hombres (7.30 ± 0.89) y por las mujeres (7.22 ± 0.84 ; $p=0.622$).

El nivel medio del Colesterol total de la muestra fue de 191.65 ± 28.27 , sin diferencias para los niveles medios de hombres y mujeres (191.87 ± 31.90 mg/dL, y 189.82 ± 25.02 mg/dL, respectivamente, $p=0.864$). Los niveles medios globales de HDL-C fueron 49.28 ± 11.15 mg/dL, siendo el nivel medio para los hombres de 45.00 ± 10.00 mg/dL y para las mujeres 52.83 ± 10.50 mg/dL ($p=0.206$). Los niveles medios globales de LDL-C fueron de 109.52 ± 21.10 mg/dL, para los hombres fue de 113.18 ± 24.56 mg/dL y para las mujeres de 105.20 ± 22.36 mg/dL, ($p=0.677$) (Tabla 1).

El porcentaje de participantes que consumen alcohol es el 40.58%, dentro de los hombres este porcentaje es del 63.63% y en el caso de las mujeres es del 19.45% ($p=0.001$). El porcentaje de participantes que presentan hábito tabáquico es el 20.28%, dentro de los hombres este porcentaje es del 24.24% y en el caso de las mujeres es del 19.67% ($p=0.553$). El porcentaje de participantes que realizan ejercicio físico es el 84.05%, dentro de los hombres este porcentaje es del 84.84% y en el caso de las mujeres es del 83.84% ($p=0.625$).

La media de peso del grupo de control fue de 72.62 ± 11.23 Kg. El promedio para los hombres fue de 79.60 ± 11.75 Kg y el promedio para las mujeres 68.16 ± 8.42 Kg, ($p=0.398$). El valor medio del IMC para el grupo de control fue 28.52 ± 3.86 . El nivel medio para los hombres fue 28.82 ± 3.18 y en el caso de las mujeres fue 28.16 ± 4.78 ($p=0.739$).

Un 34.28% de los participantes del grupo de control presentan alguna enfermedad; en el grupo de los hombres hay un 35.71% que tienen enfermedad y en las mujeres la tienen un 33.34% ($p=0.884$).

Un 57.14% de los participantes del grupo de control consumen alcohol; en el grupo de los hombres hay un 64.28% que consume alcohol y en las mujeres lo hacen un 52.38% ($p=0.486$). Un 20.00 % de los participantes del grupo de control tienen hábito tabáquico; en el grupo de los hombres hay un 21.43% que fuman y en las mujeres lo hacen un 19.04% ($p=0.863$). Un 80.00% de los participantes del grupo de control realizan ejercicio físico. Así mismo, el 80.00% del grupo de control realiza ejercicio físico; en el grupo de los hombres hay un 78.57% que realizan ejercicio, mientras un porcentaje similar de mujeres (80.95%) también practican ejercicio ($p=0.863$) (Tabla 1.1).

Tabla 1

Datos clínicos y bioquímicos de la muestra de casos.

	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Edad	66.71±7.31	65.09±8.24	68.19±6.57	0.175
Años con Diabetes	9.68±6.78	8.7±6.40	10.21±6.90	0.988
Peso	78.22±11.04	83.72±9.27	73.18±10.92	0.001
IMC, Kg/m ²	29.58±3.80	29.31±3.24	29.82±4.33	0.661
Consumo alcohol	40.58%	63.63%	19.45%	0.0001
Hábito tabáquico	20.28%	24.24%	16.67%	0.553
Ejercicio físico	84.05%	84.84%	83.34%	0.625
Glucosa,mg/dL	142.13±30.73	140.27±25.21	144.27±35.68	0.733
HbA _{1c} , %	7.28±1.01	7.30±0.89	7.22±0.84	0.622
Colesterol T,mg/dL	191.65±28.27	191.87±31.90	189.82±25.02	0.864
HDL-C,mg/dL.	49.28±11.15	45±10	52.83±10.50	0.206
LDL-C, mg/dL.	109.52±21.10	113.18±24.56	105.20±22.36	0.677

IMC = Índice de masa Corporal= Kilogramos/talla en metros al cuadrado. HDL-C = Colesterol de Lipoproteínas de Alta Densidad; LDL-C = Colesterol de Lipoproteínas de Baja Densidad; HbA_{1c} es Hemoglobina Glicosilada.

Media \pm SD. P (p: chi-cuadrado): compara media entre hombres y mujeres.

Tabla 1.1

Datos clínicos y bioquímicos del grupo control.

	Total	Hombres	Mujeres	p
Edad	59.32 \pm 11.11	64.71 \pm 9.91	58.71 \pm 11.19	<0.001
Peso	72.62 \pm 11.23	79.6 \pm 11.75	68.16 \pm 8.42	0.398
IMC, Kg/m ²	28.52 \pm 3.86	28.82 \pm 3.18	28.16 \pm 4.78	0.739
Presencia de enfermedad	34.28%	35.71%	33.34%	0.884
Ejercicio físico	80.00%	78.57%	80.95%	0.863
Consumo de alcohol	57.14%	64.28%	52.38%	0.486
Hábito tabáquico	20.00%	21.43%	19.04%	0.863

IMC = Índice de masa Corporal= Kilogramos/talla en metros al cuadrado.

Media \pm SD. p (chi-cuadrado): compara media entre hombres y mujeres.

Tabla 1.2

Comparación de los datos clínicos de pacientes con DM2 y del grupo control

	Pacientes con DM2	Grupo Control	P
Edad	66.71 \pm 6.45	59.32 \pm 11.11	0.458
Peso	78.22 \pm 13.52	70.23 \pm 11.38	0.395
IMC, Kg/m ²	29.58 \pm 4.76	27.69 \pm 3.86	0.206
Ejercicio físico	82.60%	80.00%	0.745
Consumo de alcohol	40.57%	57.14%	0.109
Hábito tabáquico	20.28%	20.00%	0.972

	HOMBRES			MUJERES		
	Pacientes DM2	Grupo control	P	Pacientes DM2	Grupo control	P
Edad	65.09±10.14	64.71±9.91	0.907	68.19±8.65	58.71±11.19	0.316
Peso	83.72±11.27	79.64±11.75	0.268	73.18±13.58	68.07±8.62	0.127
IMC, Kg/m ²	29.32±4.29	28.82±3.18	0.700	29.82±5.20	28.14±4.31	0.216
Ejercicio físico	81.81%	78.57%	0.794	83.34%	80.95%	0.820
Consumo de alcohol	63.63%	64.28%	0.966	19.45%	52.38%	0.010
Hábito tabáquico	24.24%	21.43%	0.835	16.67%	19.04%	0.820

Los datos son mostrados como la media Media ± SD. IMC = Índice de masa Corporal= Kilogramos/talla en metros al cuadrado. p (chi-cuadrado): compara porcentaje entre pacientes con DM2 y grupo control.

2.2-Síntomas de estrés y escala HANDS en pacientes con DM2 y en personas controles.

La puntuación media en la escala HANDS fue de 7.42±4.68 para la muestra total. Este resultado disgregado por sexos nos da una media para los hombres de 4.75±3.19 frente al 9.60±4.59 de las mujeres, ($p=0.013$). Un 31.42% de la muestra global presenta puntuaciones indicativas de la presencia de un trastorno depresivo (HANDS \geq de 9), mostrando una media de puntuación de 14.13±2.79; dentro de este grupo el 72.80% eran mujeres, con una puntuación media de 14.29±2.81; y el 21.80% eran hombres, con una puntuación media de 13.60±2.72 ($p= 0.704$).

Los datos relacionados con los síntomas de estrés asociados al control de la diabetes indican que el 27.94 % de la muestra total presenta agotamiento por la atención que requiere la DM2. Para los hombres este porcentaje es de un 15.15 % y para las mujeres llega hasta el 40.00 % ($p= 0.022$).

Referente a la insatisfacción con la atención médica recibida, un 45.58% del total se muestra insatisfecho. En el caso de los hombres, este porcentaje es de un 42.42%, mientras que entre las mujeres, el porcentaje es de un 48.57 % ($p=0.611$).

En relación al apoyo socio-familiar percibido, un 34.54% de la muestra percibe que no cuenta con el apoyo suficiente. Para los hombres este porcentaje es de un 22.22% y para las mujeres un 46.42 % ($p=0.059$).

El 33.82% de la muestra presenta expectativas negativas relacionadas con las complicaciones que le pueda ocasionar la enfermedad. Ambos sexos mostraron porcentajes similares en las expectativas negativas relacionadas con su enfermedad (36.36% de los hombres y 31.42 % de las mujeres ($p=0.667$).

El 49.09% del total afirma seguir un correcto autocuidado para la enfermedad. Para los hombres este porcentaje es de un 33.34% y para las mujeres un 64.28 % ($p=0.022$).

Por último, el porcentaje de la muestra que presenta motivación para las actividades diarias es de 67.65%. Para los hombres este porcentaje es de un 75.76% y para las mujeres un 60.00 % ($p=0.165$).

En el grupo de control, la puntuación media en la escala HANDS fue de 5.71 ± 4.32 para la muestra total. Este resultado disgregado por sexos mostró una media para los hombres de 2.42 ± 2.53 frente al 7.90 ± 4.00 de las mujeres, ($p=0.075$). Un 22.80% de la muestra control presenta puntuaciones indicativas de la presencia de un trastorno depresivo (HANDS \geq de 9), mostrando una media de puntuación de 14.00 ± 5.15 ; en el caso de los hombres la media es de 15.00 ± 0.00 y en el caso de las mujeres la media es 13.85 ± 5.55 ($p=0.333$). Dentro de este grupo el 87.50% eran mujeres y el 12.50% eran varones.

Los datos de comparación de síntomas de estrés y puntuación HANDS en pacientes con DM2 y grupo control son mostrados en la Tabla 2.2.

El 27.94 % de la muestra total presenta agotamiento por la atención que requiere la DM2, mientras que un 45.71% de la muestra de control presenta agotamiento por la atención que requiere su salud ($p=0.071$). Para los hombres, el porcentaje de los que presentan agotamiento por la DM2 es de un 21.42 %, mientras que un 15.15% de los hombres de la muestra de control presentan agotamiento por la atención que requiere su salud ($p= 0.601$). Para las mujeres, el porcentaje de las que presentan agotamiento por la DM2 es de un 42.85%, mientras que un 61.90% de las mujeres de la muestra de control presentan agotamiento por la atención que requiere su salud ($p= 0.239$).

El 45.58 % de la muestra total presenta insatisfacción con la atención médica recibida, mientras que un 22.85% de la muestra de control presenta insatisfacción con la atención médica recibida ($p=0.024$). Para los hombres, el porcentaje de los que presentan insatisfacción con la atención médica recibida es de un 42.42 %, mientras que un 14.28% de los hombres de la muestra de control presentan insatisfacción con la atención médica recibida ($p= 0.063$). Para las mujeres, el porcentaje de las que presentan insatisfacción con la atención médica recibida es de un 48.57 %, mientras que un 28.57% de las mujeres de la muestra de control presentan insatisfacción con la atención médica recibida ($p= 0.141$).

El 34.54 % de la muestra total presenta expectativas negativas con respecto a la DM2, mientras que un 25.71% de la muestra de control presenta expectativas negativas con respecto a su salud ($p= 0.378$). Para los hombres, el porcentaje de los que presentan expectativas negativas con respecto a la DM2 es de un 22.23 %, mientras que un 21.42% de los hombres de la muestra de control presentan

expectativas negativas con respecto a su salud ($p= 0.954$). Para las mujeres, el porcentaje de las que presentan expectativas negativas con respecto a la DM2 es de un 46.42%, mientras que un 28.57% de las mujeres de la muestra de control presentan expectativas negativas con respecto a su salud ($p= 0.204$).

El 33.82 % de la muestra total percibe una falta de apoyo socio-familiar, mientras que un 40.00% de la muestra de control percibe una falta de apoyo socio-familiar ($p= 0.536$). Para los hombres, el porcentaje de los que perciben una falta de apoyo socio-familiar es de un 36.36 %, mientras que un 28.57% de los hombres de la muestra de control perciben una falta de apoyo socio-familiar ($p= 0.606$). Para las mujeres, el porcentaje de las que perciben una falta de apoyo socio-familiar es de un 31.42%, mientras que un 47.61% de las mujeres de la muestra de control perciben una falta de apoyo socio-familiar ($p= 0.226$).

El 49.09 % de la muestra total afirma seguir un correcto auto-cuidado de la DM2, mientras que un 62.85% de la muestra de control afirma seguir un correcto auto-cuidado de su salud ($p= 0.201$). Para los hombres, el porcentaje de los que afirman seguir un correcto auto-cuidado de la DM2 es de un 33.34 %, mientras que un 100.00% de los hombres de la muestra control afirman seguir un correcto auto-cuidado de su salud ($p= 0.001$). Para las mujeres, el porcentaje de las que afirman seguir un correcto auto-cuidado de la DM2 es de un 64.28%, mientras que un 38.09% de las mujeres de la muestra de control afirman seguir un correcto auto-cuidado de su salud ($p= 0.069$).

El 67.65 % de la muestra total tienen motivación diaria, mientras que un 97.15% de la muestra de control tienen motivación diaria ($p= 0.001$). Para los hombres, el porcentaje de los que tienen motivación diaria es de un 75.00%, mientras que un 100.00% de los hombres de la muestra de control tienen motivación diaria ($p= 0.001$).

Para las mujeres, el porcentaje de las que tienen motivación diaria es de un 60.00%, mientras que un 95.23% de las mujeres de la muestra de control tienen motivación diaria ($p= 0.004$).

Tabla 2

Síntomas de estrés y puntuación HANDS en DM2.

	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Puntuación HANDS	7.42±4.68	4.75±3.19	9.60±4.59	0.013
Puntuaciones ≥ 9	14.13±2.79(31.42%)	13.60±2.72(21.8%)	14.29±2.81(72.8%)	0.704
Agotamiento	27.94%	15.15%	40.00%	0.022
Insatisfacción con atención médica	45.58%	42.42%	48.57%	0.611
Falta apoyo socio-familiar	34.54%	22.22%	46.42%	0.059
Expectativas negativas	33.82%	36.36%	31.42%	0.667
Autocuidado	49.09%	33.34%	64.28%	0.022
Motivación diaria	67.65%	75.76%	60.00%	0.165

p: chi-cuadrado: compara media entre hombres y mujeres.

Tabla 2.1

Síntomas de estrés y puntuación HANDS en el grupo control.

	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Puntuación HANDS	5.71±4.32	2.43±2.53	7.90±4.00	0.075
Puntuaciones ≥ 9	14.00±5.15	15.00±0.00 (12.50%)	13.85±5.55 (87.50%)	0.333
Agotamiento	45.71%	21.42%	61.90%	0.019
Insatisfacción con atención médica	22.85%	14.28%	28.57%	0.324
Expectativas negativas	25.71%	21.43%	28.57%	0.636

Falta apoyo socio-familiar	40.00%	28.57%	47.62%	0.260
Auto-cuidado	62.85%	100.00%	38.09%	0.001
Motivación diaria	97.14%	100%	95.24%	0.407

p: chi-cuadrado: compara media entre hombres y mujeres.

Tabla 2.2

Comparación de síntomas de estrés y puntuación HANDS en pacientes con DM2 y grupo control

	Pacientes con DM2	Grupo Control	<i>p</i>
Puntuación HANDS	7.42±4.68	5.71±4.32	0.188
Agotamiento	27.94%	45.71%	0.071
Insatisfacción con atención médica	45.58%	22.85%	0.024
Expectativas negativas	34.54%	25.71%	0.378
Apoyo socio-familiar	33.82%	40.00%	0.536
Auto-cuidado	49.09%	62.85%	0.201
Motivación diaria	67.65%	97.15%	0.001

	Hombres			Mujeres		
	Pacientes con DM2	Grupo Control	<i>p</i>	Pacientes con DM2	Grupo Control	<i>p</i>
Puntuación HANDS	4.75±3.19	2.43±2.53	0.094	9.60±4.59	7.90±4.00	0.328
Agotamiento	21.42%	15.15%	0.601	42.85%	61.90%	0.239
Insatisfacción con atención médica	42.42%	14.28%	0.063	48.57%	28.57%	0.141
Expectativas negativas	22.23%	21.42%	0.954	46.42%	28.57%	0.204
Apoyo socio-familiar	36.36%	28.57%	0.606	31.42%	47.61%	0.226
Auto-cuidado	33.34%	100.00%	0.001	64.28%	38.09%	0.069

Motivación diaria	75.00%	100.00%	0.001	60.00%	95.23%	0.004
-------------------	--------	---------	-------	--------	--------	-------

p: chi-cuadrado: compara media entre hombres y mujeres.

La comparación de los participantes de la muestra con el grupo control en lo referente a la puntuación en la escala HANDS y en los síntomas de estrés, aporta los siguientes resultados: Los pacientes con DM2 de la muestra presentan una media de puntuación de 7.42 ± 4.68 , mientras que en el grupo de control esta media es de 5.71 ± 4.32 ($p=0.188$); en el caso de los hombres de la muestra la media de puntuación es de 4.75 ± 3.19 y en el grupo control es de 2.43 ± 2.53 ($p=0.094$), y en el caso de las mujeres de la muestra la media de puntuación es de 9.60 ± 4.59 y en el grupo control es de 7.90 ± 4.00 ($p=0.328$).

En cuanto a los síntomas de estrés, los resultados son:

Los sujetos de la muestra que presentan agotamiento son el 26.41%, mientras que en el grupo de control el porcentaje es de 45.71% ($p=0.100$); en el caso de los hombres de la muestra el porcentaje es de 21.42% y en el grupo control es de 15.15% ($p=0.601$) y en el caso de las mujeres de la muestra el porcentaje es de 42.85% y en el grupo control es de 61.90% ($p=0.168$).

Los participantes de la muestra que presentan insatisfacción con atención médica son el 45.58%, mientras que en el grupo de control el porcentaje es de 22.85% ($p=0.024$); en el caso de los hombres de la muestra el porcentaje es de 42.42% y en el grupo control es de 14.28% ($p=0.063$) y en el caso de las mujeres de la muestra el porcentaje es de 48.57% y en el grupo control es de 28.57% ($p=0.141$).

Los participantes de la muestra que presentan expectativas negativas son el 34.54%, mientras que en el grupo de control el porcentaje es de 25.71% ($p=0.378$); en el caso de los hombres de la muestra el porcentaje es de 22.23% y en el grupo control

es de 21.42% ($p=0.954$) y en el caso de las mujeres de la muestra el porcentaje es de 46.42% y en el grupo control es de 28.57% ($p=0.204$).

Los participantes de la muestra que perciben apoyo socio-familiar son el 33.82%, mientras que en el grupo de control el porcentaje es de 40.00% ($p=0.536$); en el caso de los hombres de la muestra el porcentaje es de 36.36% y en el grupo control es de 28.57% ($p=0.602$) y en el caso de las mujeres de la muestra el porcentaje es de 31.42% y en el grupo control es de 40.00% ($p=0.454$).

Los participantes de la muestra que presentan malestar por el auto-cuidado necesario son el 49.09%, mientras que en el grupo de control el porcentaje es de 62.85% ($p=0.201$); en el caso de los hombres de la muestra el porcentaje es de 33.34% y en el grupo control es de 100.00% ($p=0.001$) y en el caso de las mujeres de la muestra el porcentaje es de 64.28% y en el grupo control es de 38.09% ($p=0.069$).

Los participantes de la muestra que presentan motivación diaria para sus actividades son el 67.65%, mientras que en el grupo de control el porcentaje es de 97.15% ($p=0.001$); en el caso de los hombres de la muestra el porcentaje es de 60.00% y en el grupo control es de 95.24% ($p=0.004$) y en el caso de las mujeres de la muestra el porcentaje es de 75.76% y en el grupo control es de 100.00% ($p=0.043$).

2.3- Relación entre la presencia de síntomas de estrés y de un trastorno depresivo (HANDS) y los hábitos diarios de pacientes con DM2.

Los participantes han sido separados según posean o no síntomas de estrés y los resultados obtenidos en relación a sus hábitos diarios son:

Los que presentan agotamiento por el cuidado de la enfermedad son un 26.47% de la muestra total; los hombres de la muestra que presentan agotamiento son un 15.15%, y las mujeres de la muestra con agotamiento son un 40.00% ($p=0,022$).

Entre los que presentan agotamiento un 5.20% consume alcohol, un 26.30% fuman y un 68.40% realizan ejercicio físico. Los resultados desgregados por sexos muestran que en hombres consumen alcohol un 20.00%, un 40.00% fuma y un 40.00% realiza ejercicio físico. En el caso de las mujeres no existe consumo de alcohol para las que presentan agotamiento, un 21.40% fuma y un 78.57% realiza ejercicio físico ($p=0.086$ para consumo de alcohol, $p= 0.418$ para hábito tabáquico y $p= 0.111$ para la realización de ejercicio físico).

Los que presentan insatisfacción con la atención médica recibida son un 45.58% de la muestra total; los hombres de la muestra que presentan insatisfacción son un 57.58% y las mujeres de la muestra con insatisfacción son un 51.43% ($p=0.611$). Entre los que presentan insatisfacción un 41.38% consumen alcohol, un 20.68% fuman y un 86.20% realizan ejercicio físico. Los resultados desgregados por sexos muestran que dentro de los varones, el 61.50% consume alcohol, el 23.07% fuma y un 92.30% realiza ejercicio físico. En el caso de las mujeres, un 25.00% consume alcohol, un 18.75% fuman y un 81.25% realizan ejercicio físico ($p=0.047$ para consumo de alcohol, $p= 0.570$ para hábito tabáquico y $p= 0.652$ para la realización de ejercicio físico).

Los que sienten falta de apoyo socio-familiar son un 34.54% de la muestra total; los hombres que perciben una falta de apoyo socio-familiar son un 22.22% de los hombres de la muestra y las mujeres que perciben falta de apoyo socio-familiar son un 46.42% ($p= 0,059$). Entre los que sienten una falta de apoyo social, un 34.54% consumen alcohol, un 10.52% fuman y un 89.47% realizan ejercicio físico. Los resultados desgregados por sexos muestran que en hombres, el 31.57% consume alcohol, el 16.67% fuma y un 86.34% realiza ejercicio físico. En el caso de las mujeres, un 47.82% consume alcohol, un 7.69% fuman y un 92.30% realizan

ejercicio físico ($p=0.111$ para consumo de alcohol, $p= 0.554$ para hábito tabáquico y $p= 0.554$ para la realización de ejercicio físico).

Los que presentan expectativas negativas en relación a las consecuencias negativas de la enfermedad son un 33.82% de la muestra total; los hombres de la muestra que presentan expectativas negativas con respecto a su enfermedad es un 36.36% y las mujeres de la muestra que presentan expectativas negativas con respecto a su enfermedad son un 31.42% ($p= 0.667$). Entre los que presentan expectativas negativas, un 29.16% consumen alcohol, un 70.83% fuman y un 70.83% realizan ejercicio físico. Los resultados desgregados por sexos muestran que en varones, el 50.00% consume alcohol, el 66.67% fuma y un 66.67% realiza ejercicio físico. En el caso de las mujeres, un 8.34% consume alcohol, un 75.00% fuman y un 75.00% realizan ejercicio físico ($p=0.025$ para consumo de alcohol, $p= 0.418$ para hábito tabáquico y $p= 0.653$ para la realización de ejercicio físico).

Los que afirman seguir un correcto autocuidado son un 50.91% de la muestra total; los hombres de la muestra que dicen seguir un correcto autocuidado son un 66.66 % y las mujeres de la muestra que dicen seguir un correcto autocuidado son un 35.72% de la muestra ($p=0.022$). Entre los que afirman seguir un correcto autocuidado, un 27.50% consumen alcohol, un 24.13% fuman y un 79.31% realizan ejercicio físico. Los resultados desgregados por sexos muestran que en varones, el 33.33% consume alcohol, el 33.33% fuma y un 77.78% realiza ejercicio físico. En el caso de las mujeres, un 25.00% consume alcohol, un 20.00% fuman y un 80.00% realizan ejercicio físico ($p=0.642$ para consumo de alcohol, $p= 0.526$ para hábito tabáquico y $p= 0.891$ para la realización de ejercicio físico).

Los que presentan motivación diaria para sus actividades son un 66.17% de la muestra total; los hombres de la muestra con motivación son un 75.76 % y las

mujeres de la muestra con motivación son un 57.14% ($p=0.105$). Entre los que tienen motivación, un 21.74% consumen alcohol, un 21.74% fuman y un 82.60% realizan ejercicio físico. Los resultados desgregados por sexos muestran que en varones, el 13.04% consume alcohol, el 25.00% fuma y un 75.00% realiza ejercicio físico. En el caso de las mujeres, un 8.69% consume alcohol, un 20.00% fuman y un 86.67% realizan ejercicio físico ($p=0.181$ para consumo de alcohol, $p= 0.782$ para hábito tabáquico y $p= 0.482$ para la realización de ejercicio físico).

Tabla 3

Síntomas de estrés y Hábitos diarios

Tabla 3.1

Síntomas de estrés y consumo de alcohol

	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Agotamiento	5.20%	20.00%	0%	0.086
Insatisfacción con atención médica	41.38%	61.50%	25.00%	0.047
Falta de apoyo socio-familiar	34.54%	31.57%	47.82%	0.111
Expectativas negativas	29.16%	50.00%	8.34%	0.025
Autocuidado (dieta, ejercicio, controles...)	27.50%	33.33%	25.00%	0.642
Motivación para actividades diarias	21.74%	13.04%	8.69%	0.181

p= Prueba de chi-cuadrado

Tabla 3.2

Síntomas de estrés y hábito tabáquico

	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Agotamiento	26.30%	40.00%	21.40%	0.418
Insatisfacción con atención médica	20.68%	23.07%	18.75%	0.570
Falta de apoyo socio-familiar	10.52%	16.67%	7.69%	0.554

Expectativas negativas	70.83%	66.67%	75.00%	0.206
Autocuidado (dieta, ejercicio, controles...)	24.13%	33.33%	20.00%	0.526
Motivación para actividades diarias	21.74%	25.00%	20.00%	0.782

p= Prueba de chi-cuadrado

Tabla 3.3

Síntomas de estrés y ejercicio físico.

	Total	Hombres	Mujeres	p
Agotamiento	68.40%	40.00%	78.57%	0.111
Insatisfacción con atención médica	86.20%	92.30%	81.25%	0.652
Falta de apoyo socio-familiar	89.47%	86.34%	92.30%	0.554
Expectativas negativas	70.83%	66.67%	75.00%	0.653
Autocuidado (dieta, ejercicio, controles...)	79.31%	77.78%	80.00%	0.891
Motivación para actividades diarias	82.60%	75.00%	86.67%	0.482

p= Prueba de chi-cuadrado

Por otra parte, los pacientes han sido agrupados según la puntuación en la HANDS sea < 9 ($n=47$) o la puntuación sea ≥ 9 ($n=23$). Considerando la muestra globalmente, el porcentaje de pacientes que realiza una dieta correcta cuando tienen un HANDS ≥ 9 es de un 19.4% ($p=0.001$). El porcentaje de participantes que realiza ejercicio físico cuando tienen un HANDS ≥ 9 es del 80.00% ($p= 0.667$). El porcentaje de consumidores de alcohol en participantes con HANDS ≥ 9 fue de 24.00% ($p= 0.035$). El porcentaje de fumadores en sujetos con HANDS ≥ 9 fue de 20.00%, ($p= 0.964$).

En el caso de los hombres, el 69.23% de los que consumen alcohol puntúan < 9 en HANDS y un 42.85% de los consumidores puntúan ≥ 9 en HANDS ($p= 0.198$). El 19.23% de los fumadores puntúan < 9 en la escala y el 42.86% puntúan ≥ 9 ($p= 0.195$). En relación a la actividad física, un 84.61% de los que realizan ejercicio presentan una puntuación < 9 mientras que el 71.42% de los que realizan ejercicio

puntúan ≥ 9 ($p=0.422$). El 0.00% de los hombres que puntúan < 9 dicen seguir una dieta correcta, mientras que los que puntúan ≥ 9 y siguen una dieta correcta son un 44.45% ($p=0.023$).

En el caso de las mujeres, de las que puntúan < 9 , un 22.23% consume alcohol mientras que entre las que puntúan ≥ 9 en la HANDS, un 16.67% consume alcohol ($p=0.674$). De las mujeres que puntúan < 9 , el 22.23% son fumadoras y de las que puntúan ≥ 9 , el 12.50% fuman ($p= 0.371$). En relación al ejercicio físico, de las que puntúan < 9 , el 83.34% realiza ejercicio físico; y de las que puntúan ≥ 9 , otro 83.34% realiza ejercicio físico ($p= 1.000$). De las mujeres que puntúan < 9 , el 60.00% siguen una dieta correcta y de las que puntúan ≥ 9 , el 72.22% sigue una dieta correcta ($p=0.507$).

Los participantes del grupo de control han sido agrupados según la puntuación en la HANDS sea < 9 ($n=27$) ó la puntuación sea ≥ 9 ($n=8$). Según los datos de las tablas de contingencia el porcentaje de participantes que tiene alguna enfermedad cuando tienen un HANDS ≥ 9 es de un 62.50%, mientras que en los participantes con puntuaciones < 9 , el porcentaje es de 25.92% ($p=0.056$). El porcentaje de consumidores de alcohol en participantes con HANDS ≥ 9 fue de 37.50% y el de HANDS < 9 de 62.96%, ($p= 0.201$). El porcentaje de fumadores con HANDS ≥ 9 , es 0.00%, y con HANDS < 9 fue el 25.92%, ($p= 0.107$). El porcentaje de participantes que realiza ejercicio físico cuando tienen un HANDS ≥ 9 es del 75.00% y cuando tiene HANDS < 9 del 81.48% ($p = 0.687$).

En el grupo control, en el caso de los hombres, de los que puntúan ≥ 9 , el 100% consume alcohol y de los que puntúan < 9 en HANDS, consume alcohol el 61.53% ($p= 0.439$). En el caso de los hombres, de los que puntúan ≥ 9 , ninguno

muestra hábito tabáquico y de los que puntúan < 9 en HANDS, fuman el 23.07% ($p=0.588$). En relación a la actividad física, de los que puntúan ≥ 9 el 100% de la muestra realiza ejercicio físico, y de los que puntúan < 9 en HANDS, realizan ejercicio un 96.92% ($p=0.568$). El 100% de los hombres que puntúan ≥ 9 presentan alguna enfermedad, mientras que de los que puntúan < 9 el 30.76% tienen alguna enfermedad ($p=0.164$).

En el caso de las mujeres, de las que puntúan ≥ 9 , el 28.57% consume alcohol y de las que puntúan < 9 en HANDS, consumen alcohol el 64.28% ($p=0.122$). De los que puntúan ≥ 9 , un 0.00% muestra hábito tabáquico y de las que puntúan < 9 en HANDS, fuman el 28.57% ($p=0.116$). En relación a la actividad física, de las que puntúan ≥ 9 el 71.42% realiza ejercicio físico, y de las que puntúan < 9 en HANDS, realizan ejercicio un 85.71% ($p=0.432$). El 57.14% de las mujeres que puntúan ≥ 9 presentan alguna enfermedad, mientras que de las que puntúan < 9 , el 21.42% tienen alguna enfermedad ($p=0.102$).

Tabla 4

Puntuación HANDS y Hábitos diarios

Tabla 4.1

Puntuación HANDS y Hábitos diarios. Muestra de casos

	Puntuación en la Escala HANDS		<i>p</i>
	≥ 9 (n=23)	< 9 (n= 47)	
Consumo de alcohol	24.00%	50.00%	0.035
Hábito Tabáquico	20.00%	20.45%	0.964
Realiza Ejercicio Físico	80.00%	84.09%	0.667
Seguimiento de dieta	19.40%	80.60%	0.001

p= Prueba de chi-cuadrado

Tabla 4.2*Puntuación HANDS y Hábitos diarios. Muestra control.*

	Puntuación en la Escala HANDS		<i>p</i>
	≥9 (n=8)	<9 (n= 27)	
Presencia de enfermedad	62.50%	25.92%	0.056
Consumo de alcohol	37.50%	62.96%	0.201
Hábito Tabáquico	0.00%	25.92%	0.107
Realiza Ejercicio Físico	75.00%	81.48%	0.687

p= Prueba de chi-cuadrado

Tabla 4.3*Puntuación HANDS, Sexo y Hábitos diarios en Hombres y Mujeres*

	HOMBRES			MUJERES		
	Puntuación	Puntuación	<i>p</i>	Puntuación	Puntuación	<i>p</i>
	≥9	<9		≥9	<9	
Consumo de alcohol	42.85%	69.23%	0.198	16.67%	22.23%	0.674
Hábito Tabáquico	42.86%	19.23%	0.195	12.50%	22.23%	0.371
Realización Ejercicio Físico	71.42%	84.61%	0.422	83.34%	83.34%	1.000
Seguimiento de dieta	44.45%	0.00%	0.023	72.22%	60.00%	0.507

p= Prueba de chi-cuadrado

Tabla 4.4*Puntuación HANDS, Sexo y Hábitos diarios en el grupo control.*

	HOMBRES			MUJERES		
	Puntuación	Puntuación	<i>p</i>	Puntuación	Puntuación	<i>p</i>
	≥9	<9		≥9	<9	
Presencia de enfermedad	100.00%	30.76%	0.164	57.14%	21.42%	0.102
Realiza Ejercicio Físico	100.00%	96.92%	0.568	71.42%	85.71%	0.432
Hábito Tabáquico	0.00%	23.07%	0.588	0.00%	28.57%	0.116

Consumo de alcohol	100.00%	61.53%	0.439	28.57%	64.28%	0.122
--------------------	---------	--------	-------	--------	--------	-------

p= Prueba de chi-cuadrado

2.4- Asociación entre la presencia de síntomas de estrés y de un trastorno depresivo (HANDS) sobre el control metabólico.

Los participantes han sido separados según muestren o no puntuaciones indicativas de presencia de síntomas de estrés, y los resultados obtenidos se han relacionado con sus datos bioquímicos.

Las personas que muestran agotamiento por los requerimientos de la enfermedad, tienen niveles medios de glucosa de 165.07 ± 50.84 mg/dl y de HbA1c de $7.53 \pm 0.96\%$. Los niveles medios para los hombres son de 161.00 ± 56.00 mg/dl de glucosa y un $7.28 \pm 0.81\%$ de HbA1c, mientras que los niveles medios para las mujeres son de 166.43 ± 48.34 mg/dl de glucosa ($p=0.392$) y $7.62 \pm 1.01\%$ de HbA1c ($p= 0.329$). Por su parte, los participantes que no muestran agotamiento por los requerimientos de la enfermedad, tienen niveles medios de glucosa de 133.87 ± 31.35 mg/dl y de HbA1c de $7.07 \pm 1.02\%$. Los niveles medios para los hombres son de 136.57 ± 30.82 mg/dl de glucosa y un $7.36 \pm 1.06\%$ de HbA_{1C}, mientras que los niveles medios para las mujeres son de 130.10 ± 32.48 mg/dl de glucosa ($p=0.310$) y $6.65 \pm 1.68\%$ de HbA1c ($p=0.300$).

Los participantes que muestran insatisfacción con la atención médica recibida, tienen niveles medios de glucosa de 155.14 ± 39.45 mg/dl y de HbA1c de $7.47 \pm 0.88\%$. Los niveles medios para los hombres son de 149.00 ± 34.15 mg/dl de glucosa y un $7.69 \pm 0.77\%$ de HbA1c. Mientras que los niveles medios para las mujeres son de 160.13 ± 43.11 mg/dl de glucosa ($p=0.260$) y $7.28 \pm 0.94\%$ de HbA1c ($p=0.561$). Por su parte, los participantes que no muestran insatisfacción con la atención médica recibida, tienen niveles medios de glucosa de 131.43 ± 32.30 mg/dl y de HbA1c de $7.11 \pm 1.06\%$. Los niveles medios para los hombres son de 134.52 ± 31.64

mg/dl de glucosa y un $7.05 \pm 1.10\%$ de HbA1c.; mientras que los niveles medios para las mujeres son de 128.16 ± 43.76 mg/dl de glucosa ($p=0.466$) y $7.16 \pm 1.95\%$ de HbA1c ($p=0.333$).

Los participantes que perciben que no cuentan con apoyo socio-familiar suficiente, tienen niveles medios de glucosa de 146.73 ± 36.14 mg/dl y de HbA1c de $7.42 \pm 0.81\%$. Los niveles medios para los hombres son de 144.50 ± 33.34 mg/dl de glucosa y un $7.90 \pm 0.91\%$ de HbA1c. Mientras que los niveles medios para las mujeres son de 147.69 ± 35.14 mg/dl de glucosa ($p=0.476$) y $7.22 \pm 0.90\%$ de HbA1c ($p=0.327$). Por otra parte, los participantes que perciben que cuentan con apoyo socio-familiar suficiente, tienen niveles medios de glucosa de 142.28 ± 41.06 mg/dl y de HbA1c de $7.24 \pm 1.07\%$. Los niveles medios para los hombres son de 143.26 ± 41.26 mg/dl de glucosa y un $7.22 \pm 1.03\%$ de HbA1c; mientras que los niveles medios para las mujeres son de 132.67 ± 39.77 mg/dl de glucosa ($p=0.334$) y $7.19 \pm 1.13\%$ de HbA1c ($p=0.254$).

Los participantes que muestran expectativas negativas con respecto a las consecuencias de la enfermedad, tienen niveles medios de glucosa de 156.83 ± 50.51 mg/dl y de HbA1c de $7.69 \pm 1.18\%$. Los niveles medios para los hombres son de 148.75 ± 56.57 mg/dl de glucosa y un $7.56 \pm 1.23\%$ de HbA1c; mientras que los niveles medios para las mujeres son de 164.91 ± 40.41 mg/dl de glucosa ($p=0.460$) y $7.81 \pm 1.09\%$ de HbA1c ($p=0.396$). Por otra parte, los participantes que no muestran expectativas negativas con respecto a las consecuencias de la enfermedad, tienen niveles medios de glucosa de 136.86 ± 31.49 mg/dl y de HbA1c de $7.10 \pm 0.87\%$. Los niveles medios para los hombres son de 135.42 ± 26.00 mg/dl de glucosa y un $7.26 \pm 1.01\%$ de HbA1c, mientras que los niveles medios para

las mujeres son de 134.77 ± 31.84 mg/dl de glucosa ($p=0.384$) y $6.62 \pm 1.57\%$ de HbA1c ($p=0.274$).

Los participantes que muestran problemas de motivación en sus actividades diarias tienen niveles medios de glucosa de 148.00 ± 33.47 mg/dl y de HbA1c de $7.27 \pm 0.94\%$. Los niveles medios para los hombres son de 159.37 ± 23.66 mg/dl de glucosa y un $7.51 \pm 1.29\%$ de HbA1c; mientras que los niveles medios para las mujeres son de 141.93 ± 55.31 mg/dl de glucosa ($p=0.409$) y $7.14 \pm 0.74\%$ de HbA1c ($p=0.405$). Por otra parte, los participantes que muestran motivación en sus actividades diarias tienen niveles medios de glucosa de 158.96 ± 68.91 mg/dl y de HbA1c de $7.42 \pm 1.26\%$. Los niveles medios para los hombres son de 159.37 ± 70.82 mg/dl de glucosa y un $7.02 \pm 1.47\%$ de HbA1c. Los niveles medios para las mujeres son de 147.52 ± 66.75 mg/dl de glucosa ($p=0.356$) y $6.97 \pm 1.99\%$ de HbA1c ($p=0.321$).

Tras la comparación de los datos bioquímicos, según tengan o no síntomas de estrés, se han obtenido los siguientes resultados:

Los participantes de la muestra que tienen agotamiento presentan unos niveles medios de glucosa de 165.07 ± 50.84 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.53 \pm 0.96\%$, mientras que los participantes que no tienen agotamiento presentan unos niveles medios de glucosa de 133.87 ± 31.35 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.07 \pm 1.02\%$ ($p=0.425$, $p=0.635$, respectivamente). En los hombres, los que tienen agotamiento tienen unos niveles medios de glucosa de 161.00 ± 56.00 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.28 \pm 0.81\%$; en comparación, en los hombres que no tienen agotamiento, tienen unos niveles medios de glucosa de 136.57 ± 30.82 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.36 \pm 1.06\%$ ($p=0.456$, $p=0.331$, respectivamente). En las mujeres, las que tienen agotamiento tienen unos niveles medios de glucosa de 166.43 ± 48.34 mg/dl y

unos niveles de HbA1c de $7.62 \pm 1.01\%$; en comparación, en las mujeres que no tienen agotamiento, tienen unos niveles medios de glucosa de 130.10 ± 32.48 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $6.65 \pm 1.68\%$ ($p=0.278$, $p=0.624$, respectivamente).

Los participantes de la muestra que tienen insatisfacción con la atención médica recibida presentan unos niveles medios de glucosa de 155.14 ± 39.45 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.47 \pm 0.88\%$, mientras que los participantes que no tienen insatisfacción con la atención médica recibida presentan unos niveles medios de glucosa de 131.43 ± 32.30 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.11 \pm 1.06\%$ ($p=0.240$, $p=0.887$, respectivamente). En los hombres, los que presentan insatisfacción con la atención médica recibida tienen unos niveles medios de glucosa de 149.00 ± 34.15 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.69 \pm 0.77\%$; en comparación, los hombres que no presentan insatisfacción con la atención médica recibida tienen unos niveles medios de glucosa de 134.52 ± 31.64 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.05 \pm 1.10\%$ ($p=0.472$, $p=0.769$, respectivamente). En las mujeres, las que tienen insatisfacción con la atención médica recibida tienen unos niveles medios de glucosa de 160.13 ± 43.11 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.28 \pm 0.94\%$; en comparación, en las mujeres que no tienen agotamiento, tienen unos niveles medios de glucosa de 128.16 ± 43.76 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.16 \pm 1.95\%$ ($p=0.232$, $p=0.720$ respectivamente).

Los participantes de la muestra que perciben una falta de apoyo socio-familiar presentan unos niveles medios de glucosa de 146.73 ± 36.14 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.42 \pm 0.81\%$, mientras que los participantes que perciben que cuentan con apoyo socio-familiar presentan unos niveles medios de glucosa de 142.28 ± 41.06 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.24 \pm 1.07\%$ ($p=0.795$, $p=0.674$,

respectivamente). En los hombres, los que perciben una falta de apoyo socio-familiar tienen unos niveles medios de glucosa de 144.50 ± 33.34 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.90 \pm 0.91\%$; en comparación, los hombres que perciben que cuentan con apoyo socio-familiar tienen unos niveles medios de glucosa de 143.26 ± 41.26 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.22 \pm 1.03\%$ ($p=0.398$, $p=0.380$, respectivamente). En las mujeres, las que perciben una falta de apoyo socio-familiar tienen unos niveles medios de glucosa de $147.69.13 \pm 35.14$ mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.22 \pm 0.90\%$; en comparación, en las mujeres que perciben que cuentan con apoyo socio-familiar, tienen unos niveles medios de glucosa de 132.67 ± 39.77 mg/dl y unos niveles de HbA1c $7.19 \pm 1.13\%$ ($p=0.753$, $p=0.305$ respectivamente).

Los participantes de la muestra que tienen expectativas negativas con respecto a su enfermedad presentan unos niveles medios de glucosa de 156.83 ± 50.51 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.69 \pm 1.18\%$, mientras que los participantes que no tienen expectativas negativas presentan unos niveles medios de glucosa de 136.86 ± 31.49 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.10 \pm 0.87\%$ ($p=0.629$ y $p=0.466$, respectivamente). En los hombres, los que tienen expectativas negativas con respecto a su enfermedad tienen unos niveles medios de glucosa de 148.75 ± 56.57 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.56 \pm 1.23\%$; en comparación, los hombres que no tienen expectativas negativas tienen unos niveles medios de glucosa de 135.42 ± 26.00 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.26 \pm 1.01\%$ ($p=0.482$, $p=0.486$, respectivamente). En las mujeres, las que tienen expectativas negativas con respecto a su enfermedad tienen unos niveles medios de glucosa de 164.91 ± 40.41 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.81 \pm 1.09\%$; en comparación, en las mujeres que no tienen expectativas negativas, tienen unos niveles medios de glucosa de 134.77 ± 31.84 mg/dl y unos niveles de HbA1c $6.62 \pm 1.57\%$ ($p=0.591$, $p=0.200$ respectivamente).

Los participantes de la muestra que no tienen motivación diaria presentan unos niveles medios de glucosa de 148.00 ± 33.47 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.27 \pm 0.94\%$, mientras que los participantes que tienen una correcta motivación diaria presentan unos niveles medios de glucosa de 158.96 ± 68.91 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.42 \pm 1.26\%$ ($p=0.312$, $p=0.535$, respectivamente). En los hombres, los que no tienen motivación diaria tienen unos niveles medios de glucosa de 159.37 ± 23.66 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.51 \pm 1.29\%$; en comparación, los hombres que no tienen expectativas negativas tienen unos niveles medios de glucosa de 149.37 ± 70.82 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.02 \pm 1.47\%$ ($p=0.400$, $p=0.440$, respectivamente). En las mujeres, las que no tienen motivación diaria tienen unos niveles medios de glucosa de 141.93 ± 55.31 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $7.14 \pm 0.74\%$; en comparación, en las mujeres que tienen motivación diaria, tienen unos niveles medios de glucosa de 147.52 ± 66.75 mg/dl y unos niveles de HbA1c de $6.97 \pm 1.99\%$ ($p=0.451$, $p=0.268$ respectivamente).

La relación entre los datos bioquímicos con la puntuación en la escala de depresión HANDS son mostrados en la Tabla 4.1. El nivel medio de glucosa en los participantes con HANDS < 9 es de 130.51 ± 24.33 mg/dl y en los participantes con HANDS ≥ 9 es de 160.39 ± 48.63 mg/dl ($p=0.164$). El nivel medio de HbA1c en el grupo de pacientes con HANDS < 9 es $7.14 \pm 0.71\%$ y en los participantes con HANDS ≥ 9 el nivel promedio de HbA1c es de $7.56 \pm 1.12\%$ ($p=0.186$). El valor medio del nivel de colesterol total para HANDS < 9 es de 193.18 ± 30.60 mg/dL y para puntuaciones HANDS ≥ 9 es de 187.16 ± 31.16 mg/dL, ($p=0.713$). El valor medio del HDL-C para HANDS < 9 es de 50.19 ± 12.46 mg/dL y para HANDS ≥ 9 es de

47.67±8.7 mg/dL, ($p= 0.347$). El valor medio del LDL-C para HANDS <9 es de 106.50±30.79 mg/dL y para puntuaciones HANDS ≥ 9 es de 106.58±23.09 mg/dL, con $p =0.433$.

Tabla 5*Síntomas de estrés y datos bioquímicos*

Agotamiento				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	165.07±50.84	161.00±56.00	166.43±48.34	0.392
CT mg/dL	183.65±21.95	215.00±31.32	174.69±19.10	0.256
HDL-C mg/dL	51.85±12.53	55.67±14.88	49.72±12.09	0.182
LDL-C mg/dL	101.63±20.33	130.00±28.00	95.08±16.54	0.241
HbA _{1c} (%)	7.53±0.96	7.28±0.81	7.62±1.01	0.329
Insatisfacción con la atención médica				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	155.14±39.45	149.00±34.15	160.13±43.11	0.260
CT mg/dL	187.99±26.41	196.30±29.20	180.78±23.53	0.350
HDL-C mg/dL	50.27±10.70	49.40±12.96	50.85±8.85	0.561
LDL-C mg/dL	106.22±23.50	116.20±23.96	99.57±22.20	0.347
HbA _{1c} (%)	7.47±0.88	7.69±0.77	7.28±0.94	0.561
Falta de apoyo socio-familiar				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	146.73±36.14	144.50±33.34	147.69±35.14	0.476
CT mg/dL	181.18±32.34	185.80±24.96	179.54±29.94	0.416
HDL-C mg/dL	51.21±8.16	49.60±12.16	51.84±9.62	0.269
LDL-C mg/dL	101.30±29.41	108.60±10.48	98.50±2.74	0.981
HbA _{1c} (%)	7.42±0.81	7.90±0.91	7.22±0.90	0.327
Expectativas negativas				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	156.83±50.51	148.75±56.57	164.91±40.41	0.460
CT mg/dL	185.81±24.67	201.30±23.23	172.91±22.70	0.396
HDL-C mg/dL	48.21±14.28	46.37±12.51	49.54±16.31	0.214
LDL-C mg/dL	105.22±22.25	120.71±22.44	95.36±17.96	0.324
HbA _{1c} (%)	7.69±1.18	7.56±1.23	7.81±1.09	0.396
No motivación diaria				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	148.00±33.47	159.37±23.66	141.93±55.31	0.409
CT mg/dL	194.69±24.63	205.12±24.01	189.13±23.62	0.483
HDL-C mg/dL	51.37±14.80	42.50±13.42	55.46±12.67	0.329
LDL-C mg/dL	106.64±19.89	128.75±22.25	99.84±17.21	0.319
HbA _{1c} (%)	7.27±0.94	7.51±1.29	7.14±0.74	0.405

HDL-C es Colesterol de Lipoproteínas de Alta Densidad; LDL-C es Colesterol de Lipoproteínas de Baja Densidad; HbA_{1c} es Hemoglobina Glicosilada.

p (t de Student): compara media entre hombres y mujeres.

No agotamiento				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	133.87±31.35	136.57±30.82	130.10±32.48	0.310
CT mg/dL	193.41±37.27	188.44±40.62	200.47±31.60	0.498
HDL-C mg/dL	48.64±13.12	43.47±12.91	55.43±10.19	0.466
LDL-C mg/dL	111.34±30.76	110.52±33.69	94.01±42.98	0.417
HbA _{1c} (%)	7.07±1.02	7.36±1.06	6.65±1.68	0.300
Satisfacción con la atención médica				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	131.43±32.30	134.52±31.64	128.16±43.76	0.466
CT mg/dL	192.65±38.52	188.66±44.12	164.51±52.43	0.466
HDL-C mg/dL	49.07±15.84	41.85±10.68	49.37±17.17	0.462
LDL-C mg/dL	99.76±43.54	110.66±38.03	109.68±25.43	0.294
HbA _{1c} (%)	7.11±1.06	7.05±1.10	7.16±1.95	0.333
Apoyo socio-familiar				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	142.28±41.06	143.26±41.26	132.67±39.77	0.334
CT mg/dL	183.90±50.09	190.28±42.46	195.00±30.40	0.567
HDL-C mg/dL	52.22±22.33	43.78±13.10	54.47±17.65	0.303
LDL-C mg/dL	104.32±43.07	114.52±38.04	110.94±22.99	0.464
HbA _{1c} (%)	7.24±1.07	7.22±1.03	7.19±1.13	0.254
No expectativas negativas				
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	136.86±31.49	135.42±26.00	134.77±31.84	0.384
CT mg/dL	188.26±47.28	187.38±44.81	177.69±27.57	0.500
HDL-C mg/dL	53.02±19.44	44.31±9.41	54.41±10.69	0.502
LDL-C mg/dL	102.47±47.36	109.67±37.92	115.94±25.06	0.467
HbA _{1c} (%)	7.10±0.87	7.26±1.01	6.62±1.57	0.274
No motivación diaria	Motivación diaria			
	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	158.96±68.91	159.37±70.82	147.52±66.75	0.356
CT mg/dL	178.04±53.47	202.45±28.97	190.76±47.65	0.419
HDL-C mg/dL	56.33±25.02	45.20±18.34	49.42±9.36	0.279
LDL-C mg/dL	102.43±46.04	107.75±25.90	104.67±30.16	0.392
HbA _{1c} (%)	7.42±1.26	7.02±1.47	6.97±1.99	0.321

DL-C es Colesterol de Lipoproteínas de Alta Densidad; LDL-C es Colesterol de Lipoproteínas de Baja Densidad; HbA_{1c} es

Hemoglobina Glicosilada.

p (t de Student): compara media entre hombres y mujeres.

Tabla 5.1

Comparación de datos bioquímicos en sujetos con DM2 y con síntomas de estrés y sin síntomas de estrés.

	Total			Hombres			Mujeres		
	Agotamiento	No agotamiento	<i>p</i>	Agotamiento	No agotamiento	<i>p</i>	Agotamiento	No agotamiento	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	165.07±50.84	133.87±31.35	0.425	161.00±56.0	136.57±30.82	0.456	166.43±48.34	130.10±32.48	0.278
CT mg/dL	183.65±21.95	193.41±37.27	0.292	215.00±31.32	188.44±40.62	0.543	174.69±19.10	200.47±31.60	0.193
HDL-C mg/dL	51.85±12.53	48.64±13.12	0.540	55.67±14.88	43.47±12.91	0.366	49.72±12.09	55.43±10.19	0.426
LDL-C mg/dL	101.63±20.33	111.34±30.76	0.475	130.00±28.00	110.52±33.69	0.355	95.08±16.54	94.01±42.98	0.472
HbA _{1c} (%)	7.53±0.96	7.07±1.02	0.635	7.28±0.81	7.36±1.06	0.331	7.62±1.01	6.65±1.68	0.624

Media ± SD
p: chi-cuadrado

	Total			Hombres			Mujeres		
	Insatisfacción con atención médica	Satisfacción con atención médica	<i>p</i>	Insatisfacción con atención médica	Satisfacción con atención	<i>p</i>	Insatisfacción con atención médica	Satisfacción con atención médica	<i>p</i>
Glucosa mg/dL	155.14±39.45	131.43±32.30	0.240	149.00±34.15	134.52±31.64	0.472	160.13±43.11	128.16±43.76	0.232
CT mg/dL	187.99±26.41	192.65±38.52	0.582	196.30±29.20	188.66±44.12	0.582	180.78±23.53	164.51±52.43	0.317
HDL-C mg/dL	50.27±10.70	49.07±15.84	0.727	49.40±12.96	41.85±10.68	0.544	50.85±8.85	49.37±17.17	0.748
LDL-C mg/dL	106.22±23.50	99.76±43.54	0.485	116.20±23.96	110.66±38.03	0.356	99.57±22.20	109.68±25.43	0.334
HbA _{1c} (%)	7.47±0.88	7.11±1.06	0.887	7.69±0.77	7.05±1.10	0.769	7.28±0.94	7.16±1.95	0.720

Total

Hombres

Mujeres

	Falta apoyo sociofamiliar	Apoyo sociofamiliar	<i>P</i>	Falta apoyo sociofamiliar	Apoyo sociofamiliar	<i>P</i>	Falta apoyo sociofamiliar	Apoyo sociofamiliar	<i>P</i>
Glucosa	146.73±36.14	142.28±41.06	0.795	144.50±33.34	143.26±41.26	0.398	147.69±35.14	132.67±39.77	0.753
CT	181.18±32.34	183.90±50.09	0.501	185.80±24.96	190.28±42.46	0.353	179.54±29.94	195.00±30.40	0.661
...									
HDL-C	51.21±8.16	52.22±22.33	0.718	49.60±12.16	43.78±13.10	0.460	51.84±9.62	54.47±17.65	0.411
...									
LDL-C	101.30±29.41	104.32±43.07	0.813	108.60±10.48	114.52±38.04	0.764	98.50±2.74	110.94±22.99	0.622
...									
HbA _{1c}	7.42±0.81	7.24±1.07	0.674	7.90±0.91	7.22±1.03	0.380	7.22±0.90	7.19±1.13	0.305

	Total			Hombres			Mujeres		
	Expectativas negativas	No expectativas negativas	<i>P</i>	Expectativas negativas	No expectativas negativas	<i>P</i>	Expectativas negativas	No expectativas negativas	<i>P</i>
Glucosa	156.83±50.51	136.86±31.49	0.629	148.75±56.57	135.42±26.00	0.482	164.91±40.41	134.77±31.84	0.591
CT	185.81±24.67	188.26±47.28	0.351	201.30±23.23	187.38±44.81	0.550	172.91±22.70	177.69±27.57	0.278
...									
HDL-C	48.21±14.28	53.02±19.44	0.645	46.37±12.51	44.31±9.41	0.506	49.54±16.31	54.41±10.69	0.446
...									
LDL-C	105.22±22.25	102.47±47.36	0.633	120.71±22.44	109.67±37.92	0.656	95.36±17.96	115.94±25.06	0.362
...									
HbA _{1c}	7.69±1.18	7.10±0.87	0.466	7.56±1.23	7.26±1.01	0.486	7.81±1.09	6.62±1.57	0.200

	Total			Hombres			Mujeres		
	No motivación diaria	Motivación diaria	<i>P</i>	No motivación diaria	Motivación diaria	<i>P</i>	No motivación diaria	Motivación diaria	<i>P</i>
Glucosa mg/dL	148.00±33.47	158.96±68.91	0.312	159.37±23.66	149.37±70.82	0.400	141.93±55.31	147.52±66.75	0.451
CT mg/dL	194.69±24.63	178.04±53.47	0.486	205.12±24.01	202.45±28.97	0.444	189.13±23.62	190.76±47.65	0.464
HDL-C mg/dL	51.37±14.80	56.33±25.02	0.303	42.50±13.42	45.20±18.34	0.263	55.46±12.67	49.42±9.36	0.544
LDL-C mg/dL	106.64±19.89	102.43±46.04	0.455	128.75±22.25	107.75±25.90	0.414	99.84±17.21	104.67±30.16	0.406

HbA _{1c} (%)	7.27±0.94	7.42±1.26	0.535	7.51±1.29	7.02±1.47	0.440	7.14±0.74	6.97±1.99	0.268
--------------------------	-----------	-----------	-------	-----------	-----------	-------	-----------	-----------	-------

Tabla 5.2*Puntuación HANDS y Datos Bioquímicos.*

	Puntuación ≥ 9 en HANDS	Puntuación < 9 en HANDS	<i>p</i>
Glucosa,mg/dL	160.39±48.63	130.51±24.33	0.164
HbA _{1c} , %	7.56±1.12	7.14±0.71	0.186
Colesterol Total,mg/dL	187.16±31.16	193.18±30.60	0.713
HDL-C, mg/dL	47.67±8.70	50.19±12.46	0.347
LDL-C, mg/dL	106.58±23.09	106.50±30.79	0.433

HDL-C es Colesterol de Lipoproteínas de Alta Densidad; LDL-C es Colesterol de Lipoproteínas de Baja Densidad; HbA_{1c} es Hemoglobina Glicosilada. *p* (t de Student): compara media entre hombres y mujeres.

2.5- Relación entre la presencia de un trastorno depresivo (HANDS) y la presencia de lesiones derivadas de la Dm2.

De los participantes que presentan agotamiento, el 78.94% tienen lesiones microvasculares y el 15.78% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres con agotamiento, el 60.00% presenta lesiones microvasculares y el 40.00% presenta algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres que presentan agotamiento, el 85.71% presenta lesiones microvasculares y el 7.14% lesiones macrovasculares ($p = 0.226$ y $p=0.084$, respectivamente). Por otro lado, de los participantes que no presentan agotamiento el 69.38% tienen lesiones microvasculares y el 44.89% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres sin agotamiento, el 71.42% presenta lesiones microvasculares y el 39.28% presenta algún

tipo de lesión macrovascular. De las mujeres que no presentan agotamiento, el 66.67% presenta lesiones microvasculares y el 52.38% lesiones macrovasculares ($p=0.720$ y $p=0.362$, respectivamente).

De los participantes que presentan insatisfacción con la atención médica recibida, el 68.96 % tienen lesiones microvasculares y el 24.10% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres con insatisfacción por la atención médica recibida, el 75.00% presenta lesiones microvasculares y el 23.07% presenta algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres que presentan insatisfacción con la atención médica recibida, el 61.53% presenta lesiones microvasculares y el 25.00% lesiones macrovasculares ($p=0.436$ y $p=0.904$, respectivamente). Por otro lado, los participantes que no presentan insatisfacción con la atención médica recibida, el 75.67 % tienen lesiones microvasculares y el 40.54% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres sin insatisfacción por la atención médica recibida, el 78.94% presenta lesiones microvasculares y el 21.05% presenta algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres que no presentan insatisfacción con la atención médica recibida, el 72.23% presenta lesiones microvasculares y el 61.12% lesiones macrovasculares ($p=0.634$ y $p=0.013$, respectivamente).

De los participantes que perciben una falta de apoyo socio-familiar, el 72.23% tienen lesiones microvasculares y el 47.23% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres que perciben una falta de apoyo socio-familiar, el 76.19% presenta lesiones microvasculares y un 38.09% algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres que perciben una falta de apoyo socio-familiar, el 66.67% presenta lesiones microvasculares y el 60.00% lesiones macrovasculares ($p=0.529$ y $p=0.194$, respectivamente). Por otro lado, de los participantes que no perciben una falta de apoyo socio-familiar, el 63.15% tienen lesiones microvasculares y el 10.52% tienen

lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres que perciben apoyo socio-familiar, el 16.67% presenta lesiones microvasculares y el 0.00% presenta algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres que perciben apoyo socio-familiar, el 84.61% presenta lesiones microvasculares y el 15.38% lesiones macrovasculares ($p=0.004$ y $p=0.310$, respectivamente).

De los participantes que tienen expectativas negativas con respecto a su enfermedad, el 79.16% tienen lesiones microvasculares y el 25.00% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres que tienen expectativas negativas, el 58.38% presenta lesiones microvasculares y el 25.00% algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres con expectativas negativas, el 100.00% presenta lesiones microvasculares y el 25.00% lesiones macrovasculares ($p= 0.012$ y $p=1.000$, respectivamente). Por otro lado, los participantes que no tienen expectativas negativas con respecto a su enfermedad, el 75.56 % tienen lesiones microvasculares y el 48.89% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres que no tienen expectativas negativas con respecto a su enfermedad, el 80.95% presenta lesiones microvasculares y el 33.34% presenta algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres que no tienen expectativas negativas con respecto a su enfermedad, el 70.83% presenta lesiones microvasculares y el 62.50% lesiones macrovasculares ($p=0.431$ y $p=0.051$, respectivamente).

De los participantes que muestran motivación para las actividades de su vida diaria, el 82.60% tienen lesiones microvasculares y el 26.08% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres con motivación para sus actividades diarias, el 75.00% presenta lesiones microvasculares y el 25.00% algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres con motivación para sus actividades diarias, el 86.67% presenta lesiones microvasculares y el 26.67% lesiones macrovasculares ($p = 0.800$ y

$p = 0.502$, respectivamente). Por otro lado, los participantes que no tienen motivación para las actividades de la vida diaria, el 75.00 % tienen lesiones microvasculares y el 60.71% tienen lesiones macrovasculares. Para el caso de los hombres que no tienen motivación para las actividades de la vida diaria, el 62.50% presenta lesiones microvasculares y el 62.50% presenta algún tipo de lesión macrovascular. De las mujeres que no tienen motivación para las actividades de la vida diaria, el 80.00% presenta lesiones microvasculares y el 70.00% lesiones macrovasculares ($p=0.334$ y $p=0.112$, respectivamente).

Estos resultados se muestran en la tabla 6.1.

La comparación de los datos según tengan o no síntomas de estrés se recogen en la tabla 6.2:

De los participantes que presentan agotamiento, el 78.94% tienen lesiones microvasculares y el 15.78% tienen lesiones macrovasculares; en comparación de los participantes que no muestran agotamiento el 69.38% tienen lesiones microvasculares y el 44.89% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.431$, $p=0.025$, respectivamente). En cuanto a la distinción por sexos; de los hombres que presentan agotamiento, el 60.00% tienen lesiones microvasculares y el 40.00% tienen lesiones macrovasculares; en comparación de los hombres que no muestran agotamiento el 71.42% tienen lesiones microvasculares y el 39.28% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.609$, $p=0.976$, respectivamente). De las mujeres que presentan agotamiento, el 85.71% tienen lesiones microvasculares y el 7.14% tienen lesiones macrovasculares; en comparación de los sujetos que no muestran agotamiento el 66.67% tienen lesiones microvasculares y el 52.38% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.207$, $p=0.006$, respectivamente).

De los participantes que presentan insatisfacción con la atención médica, el 68.96% tienen lesiones microvasculares y el 24.10% tienen lesiones macrovasculares; en comparación, de los participantes que no muestran insatisfacción con la atención médica el 75.67% tienen lesiones microvasculares y el 40.54% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.544$, $p=0.161$, respectivamente). En cuanto a la distinción por sexos; de los hombres que presentan insatisfacción con la atención médica, el 61.53% tienen lesiones microvasculares y el 23.07% tienen lesiones macrovasculares; en comparación, de los hombres que no muestran insatisfacción con la atención médica el 78.94% tienen lesiones microvasculares y el 21.05% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.282$, $p=0.892$, respectivamente). De las mujeres que presentan insatisfacción con la atención médica, el 75.00% tienen lesiones microvasculares y el 25.00% tienen lesiones macrovasculares; en comparación de las mujeres que no muestran insatisfacción con la atención médica, el 72.23% tienen lesiones microvasculares y el 61.12% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.855$, $p=0.034$, respectivamente).

De los participantes que presentan una percepción de falta de apoyo sociofamiliar, el 72.23% tienen lesiones microvasculares y el 47.23% tienen lesiones macrovasculares; en comparación, de los participantes que perciben apoyo sociofamiliar, el 63.15% tienen lesiones microvasculares y el 10.52% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.489$, $p=0.006$, respectivamente). En cuanto a la distinción por sexos; de los hombres que presentan una percepción de falta de apoyo sociofamiliar, el 76.19% tienen lesiones microvasculares y el 38.09% tienen lesiones macrovasculares; en comparación, de los hombres que perciben apoyo sociofamiliar, el 16.67% tienen lesiones microvasculares y el 0.00% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.008$, $p=0.001$, respectivamente). De las mujeres que presentan

una percepción de falta de apoyo sociofamiliar, el 66.67% tienen lesiones microvasculares y el 60.00% tienen lesiones macrovasculares; en comparación de las mujeres que perciben apoyo sociofamiliar, el 84.61% tienen lesiones microvasculares y el 15.38% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.274$, $p=0.016$, respectivamente).

De los participantes que presentan expectativas negativas con respecto a la enfermedad, el 79.16% tienen lesiones microvasculares y el 25.00% tienen lesiones macrovasculares; en comparación, de los participantes que no tienen expectativas negativas, el 75.56% tienen lesiones microvasculares y el 48.89% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.735$, $p=0.054$, respectivamente). En cuanto a la distinción por sexos; de los hombres que presentan expectativas negativas con respecto a la enfermedad, el 58.34% tienen lesiones microvasculares y el 25.00% tienen lesiones macrovasculares; en comparación, de los hombres que no tienen expectativas negativas, el 80.95% tienen lesiones microvasculares y el 33.34% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.160$, $p=0.616$, respectivamente). De las mujeres que presentan expectativas negativas con respecto a la enfermedad, el 100.00% tienen lesiones microvasculares y el 25.00% tienen lesiones macrovasculares; en comparación de las mujeres que no tienen expectativas negativas, el 70.83% tienen lesiones microvasculares y el 62.50% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.037$, $p=0.034$, respectivamente).

De los participantes que no presentan motivación para las actividades diarias, el 82.60% tienen lesiones microvasculares y el 26.08% tienen lesiones macrovasculares; en comparación, de los participantes que tienen motivación para las actividades diarias, el 75.00% tienen lesiones microvasculares y el 60.71% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.511$, $p=0.013$, respectivamente). En cuanto a la distinción por sexos; de los hombres que no presentan motivación para las actividades diarias, el

75.00% tienen lesiones microvasculares y el 25.00% tienen lesiones macrovasculares; en comparación, de los hombres que tienen motivación para las actividades diarias, el 62.50% tienen lesiones microvasculares y el 62.50% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.590$, $p=0.001$, respectivamente). De las mujeres que no presentan motivación para las actividades diarias, el 86.67% tienen lesiones microvasculares y el 26.67% tienen lesiones macrovasculares; en comparación de las mujeres que tienen motivación para las actividades diarias, el 80.00% tienen lesiones microvasculares y el 70.00% tienen lesiones macrovasculares ($p=0.605$, $p=0.011$, respectivamente).

Los datos de la presencia de lesiones según la puntuación obtenida en la escala HANDS se recogen en la tabla 6.3:

El porcentaje de hombres con puntuación ≥ 9 y con lesiones microvasculares es de 40.00 % y el de hombres con puntuación <9 y con lesiones microvasculares es de 78.57% ($p=0.074$). El porcentaje de hombres con puntuaciones ≥ 9 y sin lesiones microvasculares es de 60.00% y de hombres con puntuaciones < 9 y sin lesiones microvasculares es del 21.43% ($p=0.074$). El porcentaje de mujeres con HANDS ≥ 9 y con lesiones microvasculares es de 77.78% y el de mujeres con puntuación <9 y con lesiones microvasculares es de 63.15% ($p=0.331$). El porcentaje de mujeres con HANDS ≥ 9 y sin lesiones microvasculares es de 22.22% y de mujeres con puntuaciones < 9 y sin lesiones microvasculares es del 36.85% ($p=0.331$).

En cuanto a las lesiones macrovasculares, el porcentaje de hombres con puntuación ≥ 9 con lesiones macrovasculares es del 80.00%, y de hombres con puntuaciones < 9 y con lesiones macrovasculares es del 28.57% ($p=0.028$). El porcentaje de hombres con puntuaciones ≥ 9 sin lesiones macrovasculares es de 20.00% y de hombres con puntuaciones < 9 y sin lesiones macrovasculares es del

71.43% ($p=0.028$). El porcentaje de mujeres con puntuaciones ≥ 9 y con lesiones macrovasculares es de 55.56% y de mujeres con puntuaciones < 9 y con lesiones macrovasculares es del 57.86% ($p=0.886$). El porcentaje de mujeres con puntuaciones ≥ 9 en HANDS y sin lesiones macrovasculares es de 44.44% y de mujeres con puntuaciones < 9 y sin lesiones macrovasculares es del 42.14% ($p=0.886$).

Tabla 6.1

Estrés y repercusiones de la enfermedad.

	LESIONES MICROVASCULARES			
	TOTAL	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Agotamiento	78.94%	60.00%	85.71%	0.226
Insatisfacción con atención médica	68.96%	75.00%	61.53%	0.436
No apoyo socio-familiar	72.23%	76.19%	66.67%	0.529
Expectativas negativas	79.16%	58.38%	100.00%	0.012
Motivación diaria.	82.60%	75.00%	86.67%	0.800

p= Prueba de chi-cuadrado

	LESIONES MACROVASCULARES			
	TOTAL	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Agotamiento	15.78%	40.00%	7.14%	0.084
Insatisfacción con atención médica	24.10%	23.07%	25.00%	0.904
No apoyo socio-familiar	47.23%	38.09%	60.00%	0.194
Expectativas negativas	25.00%	25.00%	25.00%	1.00
Motivación diaria.	26.08%	25.00%	26.67%	0.502

p= Prueba de chi-cuadrado

	LESIONES MICROVASCULARES			
	TOTAL	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
No agotamiento	69.38%	71.42%	66.67%	0.720
Satisfacción con atención médica	75.67%	78.94%	72.23%	0.634
Apoyo socio-familiar	63.15%	16.67%	84.61%	0.004

No expectativas negativas	75.56%	80.95%	70.83%	0.431
No motivación diaria.	75.00%	62.50%	80.00%	0.334

p= Prueba de chi-cuadrado

LESIONES MACROVASCULARES

	TOTAL	Hombres	Mujeres	p
No agotamiento	44.89%	39.28%	52.38%	0.362
Satisfacción con atención médica	40.54%	21.05%	61.12%	0.013
Apoyo socio-familiar	10.52%	0.00%	15.38%	0.310
No expectativas negativas	48.89%	33.34%	62.50%	0.051
No motivación diaria.	60.71%	62.50%	70.00%	0.112

p= Prueba de chi-cuadrado

Tabla 6.2

Comparación Síntomas de Estrés/Presencia de lesiones microvasculares y macrovasculares

LESIONES MICROVASCULARES

	TOTAL	p	Hombres	p	Mujeres	p
Agotamiento -No agotamiento	78.94%- 69.38%	0.431	60.00%-71.42%	0.609	85.71%-66.67%	0.207
Insatisfacción con atención médica - satisfacción con la atención médica	68.96%- 75.67%	0.544	61.53%-78.94%	0.282	75.00%-72.23%	0.855
Falta apoyo socio/familiar- Apoyo familiar	63.15%- 72.23%	0.489	16.67%-76.19%	0.008	84.61%-66.67%	0.274
Expectativas negativas-No expectativas negativas	79.16%- 75.56%	0.735	58.34%-80.95%	0.160	100.00%-70.83%	0.037
Falta motivación diaria - Motivación diaria.	82.60%- 75.00%	0.511	75.00%-62.50%	0.590	86.67%-80.00%	0.605

p= Prueba de chi-cuadrado

LESIONES MACROVASCULARES						
	TOTAL	<i>p</i>	Hombres	<i>P</i>	Mujeres	<i>p</i>
Agotamiento-No agotamiento	15.78%- 44.89%	0.025	40.00%-39.28%	0.976	7.14%/52.38%	0.006
Insatisfacción con atención médica- satisfacción con la atención médica	24.10%- 40.54%	0.161	23.07%-21.05%	0.892	25.00%/61.12%	0.034
Falta apoyo socio/familiar- Apoyo familiar	10.52%- 47.23%	0.006	0.00%-38.09%	0.001	15.38%/60.00%	0.016
Expectativas negativas-No expectativas negativas	25.00%- 48.89%	0.054	25.00%-33.34%	0.616	25.00%/62.50%	0.034
Falta motivación diaria - Motivación diaria.	26.08%- 60.71%	0.013	25.00%-62.50%	0.001	26.67%/70.00%	0.011

p= Prueba de chi-cuadrado

Tabla 6.3

Puntuaciones HANDS y repercusiones de la enfermedad.

	HOMBRES			MUJERES		
	Puntuación	Puntuación	<i>p</i>	Puntuación	Puntuación	<i>p</i>
	≥9	<9		≥9	<9	
Lesiones microvasculares	40.00%	78.57%	0.074	77.78%	63.15%	0.331
No lesiones microvasculares	60.00%	21.43%	0.074	22.22%	36.85%	0.331
Lesiones macrovasculares	80.00%	28.57%	0.028	55.56%	57.86%	0.886
No lesiones macrovasculares	20.00%	71.43%	0.028	44.44%	42.14%	0.886

p= Prueba de chi-cuadrado

2.6.- Relación entre la presencia de síntomas de estrés emocional y la presencia de un trastorno depresivo (HANDS).

Los resultados obtenidos referidos a la motivación, al afrontamiento y a otros aspectos relacionados con la enfermedad muestran diferencias en cuanto al sexo.

En el caso de los hombres, un 40.00% de los que muestran agotamiento por la enfermedad puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 7.14% de los que muestran agotamiento puntúan < 9 en la escala ($p=0.093$). Un 60.00% de los que no muestran agotamiento por la enfermedad puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 92.86% de los que no muestran agotamiento puntúan < 9 en la escala ($p=0.093$). El 52.94% de las mujeres que muestran agotamiento, puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 27.78% de las que muestran agotamiento tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.141$). El 47.06% de las mujeres que no muestran agotamiento puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 72.22% de las que no muestran agotamiento tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.141$).

En el caso de los hombres, un 60.00% de los que muestran insatisfacción con la atención médica puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 60.72% de los que muestran insatisfacción con la atención médica puntúan < 9 en la escala ($p=0.388$). Un 40.00% de los que no muestran insatisfacción con la atención médica por la enfermedad puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 39.28% de los que no muestran insatisfacción con la atención médica puntúan < 9 en la escala ($p=0.388$). El 29.50% de las mujeres que muestran insatisfacción con la atención médica puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 72.22% de las que muestran insatisfacción con la atención médica tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.011$). El 70.50% de las mujeres que no muestran insatisfacción con la atención médica puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras

que el 27.78% de las que no muestran insatisfacción con la atención médica tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.011$).

En el caso de los hombres, un 80.00% de los que perciben una falta de apoyo familiar puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 82.15% de los que perciben una falta de apoyo familiar puntúan < 9 en la escala ($p=0.514$). Un 20.00% de los que no perciben una falta de apoyo familiar puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 17.85% de los que no perciben una falta de apoyo familiar puntúan < 9 en la escala ($p=0.514$). El 47.06% de las mujeres que perciben una falta de apoyo familiar puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 77.77% de las que perciben una falta de apoyo familiar tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.063$). El 52.94% de las mujeres que no perciben una falta de apoyo familiar puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 22.23% de las que no perciben una falta de apoyo familiar tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.063$).

En el caso de los hombres, un 80.00% de los que tienen expectativas negativas puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 28.57% de los que tienen expectativas negativas puntúan < 9 en la escala ($p=0.028$). Un 20.00% de los que no tienen expectativas negativas puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 71.43% de los que no tienen expectativas negativas puntúan < 9 en la escala ($p=0.028$). El 56.25% de las mujeres que tienen expectativas negativas puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 33.34% de las que tienen expectativas negativas tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.229$). El 66.67% de las mujeres que no tienen expectativas negativas puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 43.75% de las que no tienen expectativas negativas tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.229$).

En el caso de los hombres, un 20.00% de los que tienen motivación para las actividades diarias puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 89.28% de los que tienen motivación para las actividades diarias puntúan < 9 en la escala ($p=0.002$). Un 80.00% de los que no tienen motivación para las actividades diarias puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 10.72% de los que no tienen motivación para las actividades diarias puntúan < 9 en la escala ($p=0.002$). El 47.05% de las mujeres que tienen motivación para las actividades diarias puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 72.23% de las que tienen motivación para las actividades diarias tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.129$). El 52.95% de las mujeres que no tienen motivación para las actividades diarias puntúan ≥ 9 en HANDS, mientras que el 27.77% de las que no tienen motivación para las actividades diarias tienen puntuaciones < 9 en HANDS ($p=0.129$).

Tabla 7

Puntuación HANDS y síntomas de estrés.

	HOMBRES			MUJERES		
	Puntuación	Puntuación	<i>p</i>	Puntuación	Puntuación	<i>p</i>
	≥ 9	< 9		≥ 9	< 9	
Agotamiento	40.00%	7.14%	0.093	52.94%	27.78%	0.141
No agotamiento	60.00%	92.86%	0.093	47.06%	72.22%	0.141
Satisfacción con atención médica	40.00%	39.28%	0.388	70.50%	27.78%	0.011
Insatisfacción con atención médica	60.00%	60.72%	0.388	29.50%	72.22%	0.011
Apoyo socio-familiar	20.00%	17.85%	0.514	52.94%	22.23%	0.063
No apoyo socio-familiar	80.00%	82.15%	0.514	47.06%	77.77%	0.063

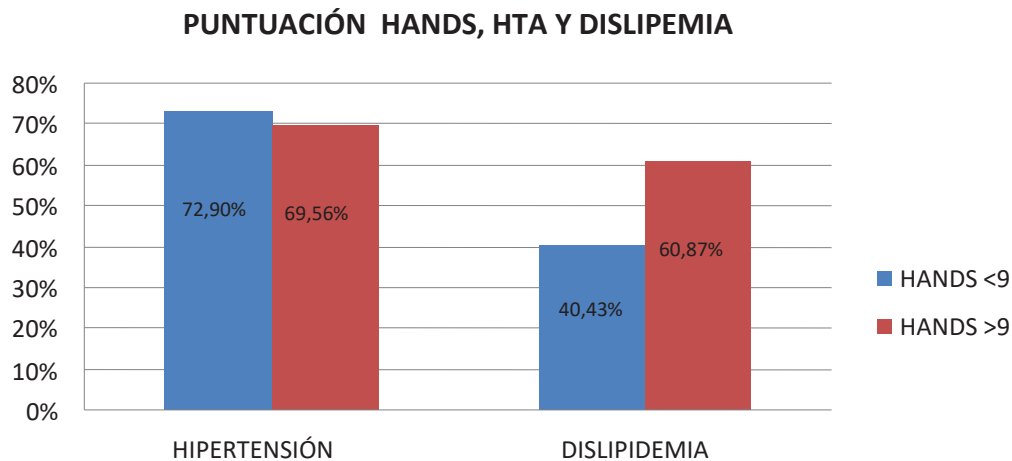
Expectativas negativas	80.00%	28.57%	0.028	56.25%	33.34%	0.229
No expectativas negativas	20.00%	71.43%	0.028	66.67%	43.75%	0.229
Motivación para actividades diarias	20.00%	89.28%	0.002	47.05%	72.23%	0.129
No motivación para actividades diarias	80.00%	10.72%	0.002	52.95%	27.77%	0.129

p= Prueba de chi-cuadrado

Otro aspecto evaluado es la relación que existe entre la puntuación de la escala HANDS y la presencia de enfermedades comórbidas, como son la hipertensión y la dislipidemia, en los pacientes con DM2. El porcentaje de presencia de hipertensión para los participantes con puntuaciones < 9 es de 72.90% sin diferencias con respecto al de los participantes con puntuaciones ≥ 9 , que es de 69.56% ($p=0.809$). Por su parte, el porcentaje de participantes que padecen dislipidemia en la DM2 tiende a ser mayor en el grupo de puntuaciones altas en la escala (60.78%), en comparación con el grupo de puntuaciones más bajas (40.43%) ($p=0.108$) (Figura 1). Ni una ni otra comparación son significativas.

Figura 1

Enfermedades comórbidas en los pacientes con DM2.



2.7- Correlación entre síntomas de estrés emocional y puntuación HANDS y variables fisiológicas.

Para estudiar la relación existente entre diferentes pares de variables cuantitativas se han realizado estudios de correlación, usando el coeficiente de correlación lineal. Estos índices relacionan los niveles de HbA1c con distintos aspectos de interés como son el sexo y la puntuación en los síntomas de estrés y en la escala HANDS.

Los análisis de correlación que relacionan las puntuaciones de las diferentes variables de estrés evaluadas y los niveles de HbA1c, indican diferencias significativas en hombres y en mujeres.

En el caso de los hombres, no existe una correlación significativa entre los niveles de HbA1c y el agotamiento, la insatisfacción médica, el apoyo socio-familiar o las expectativas negativas Figuras 2A, 2B, 2C, 2D, 2E y 2F. Sin embargo, en las mujeres sí se observaron correlaciones positivas entre los niveles de HbA1c y el agotamiento

por la enfermedad (Figura 2A; $R=0.346$, $p=0.036$), así como con las expectativas negativas con respecto al futuro (Figura 2D; $R=0.432$, $p=0.008$). El resto de variables medidas, como la insatisfacción médica (Figura 2B; $R=0.041$, $p=0.810$), el apoyo socio-familiar percibido (Figura 2C) y el auto-cuidado (Figura 2E) no mostraron correlaciones significativas con los niveles de HbA1c.

Figura 2.- *Correlaciones entre los Síntomas de estrés y los niveles de HbA1c en hombres y mujeres.*

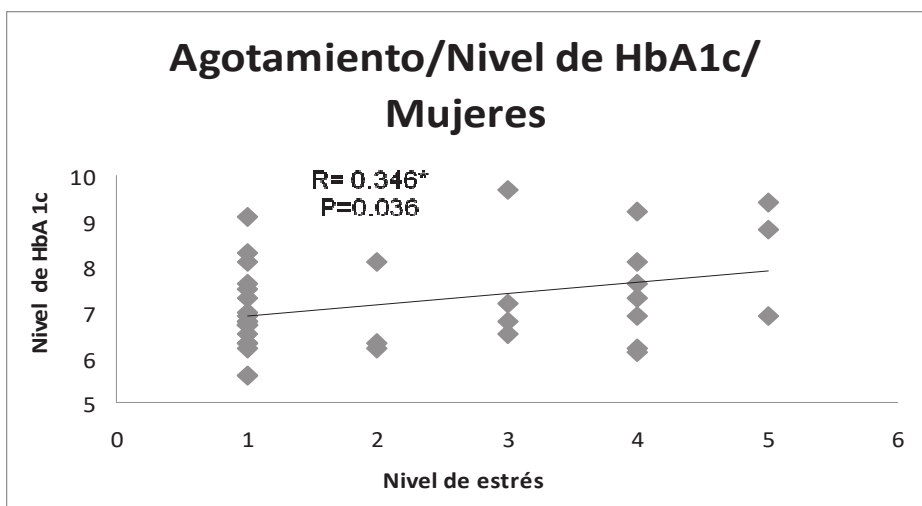
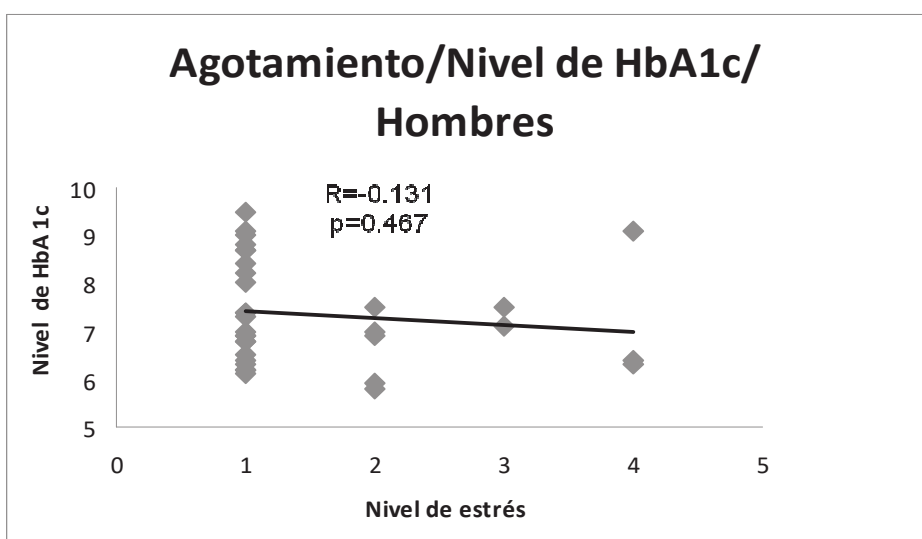
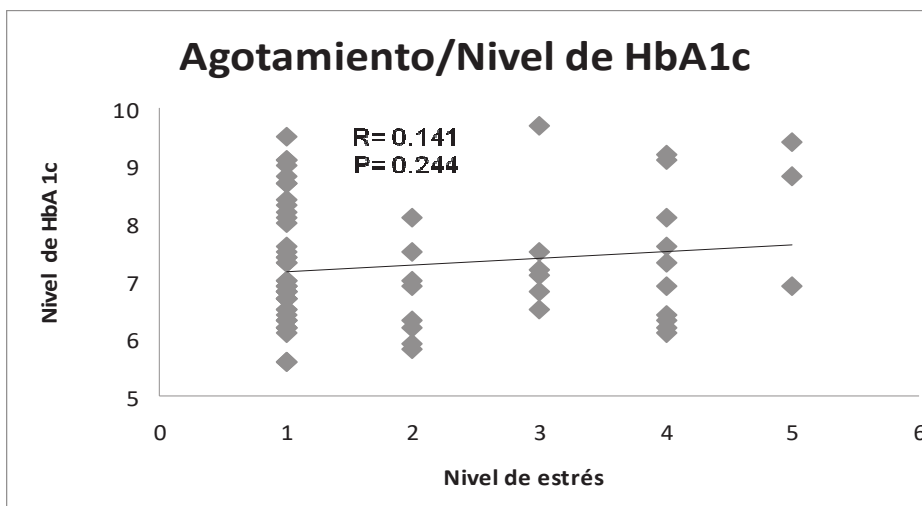


Figura 2A .- Correlación entre Agotamiento por la enfermedad y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres

*La correlación es significativa a un nivel inferior a 0.05

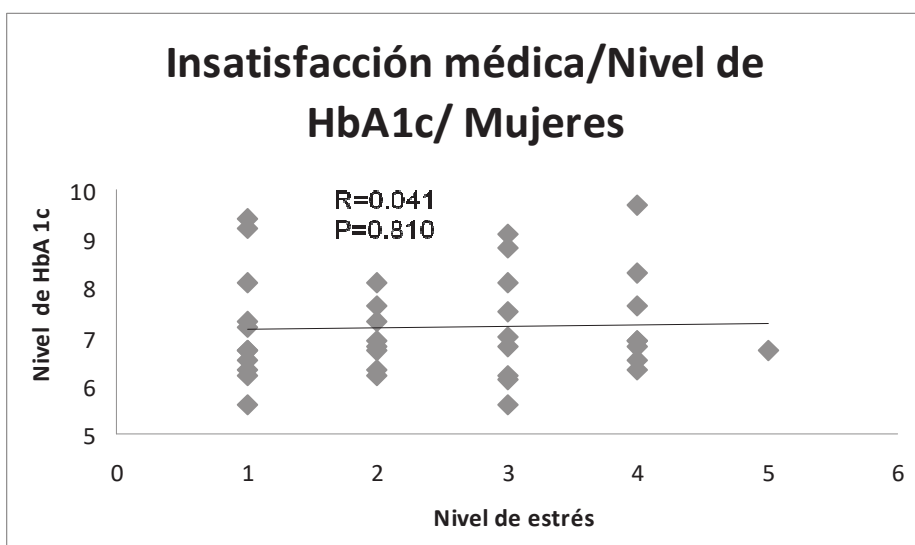
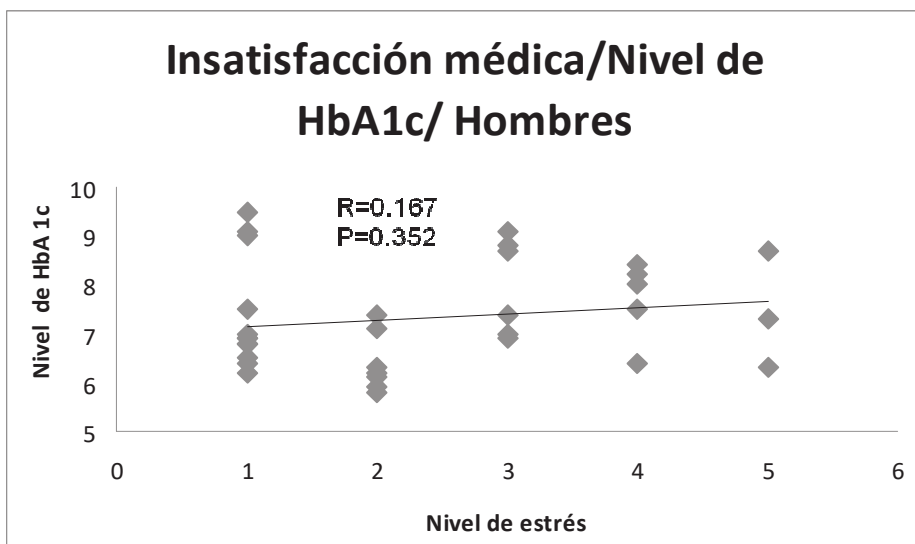
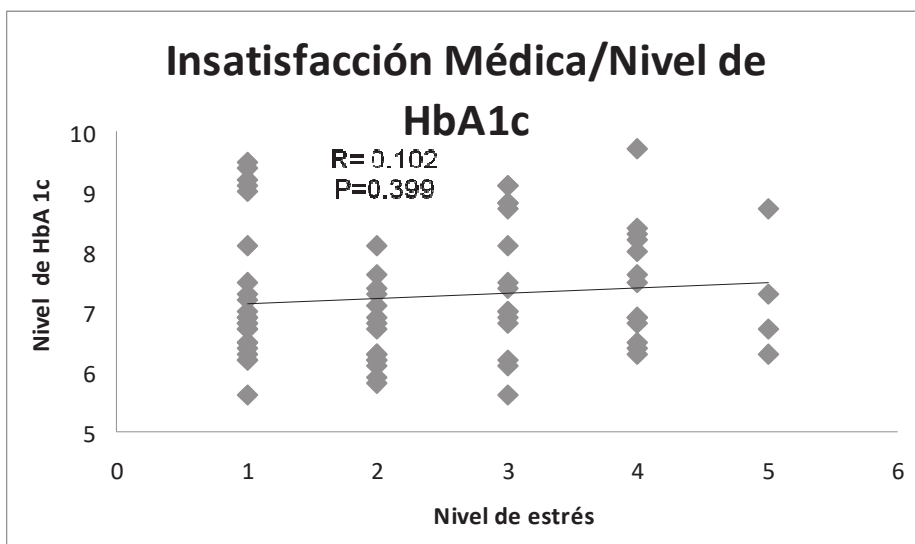


Figura 2B .- Correlación entre Insatisfacción Médica y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres

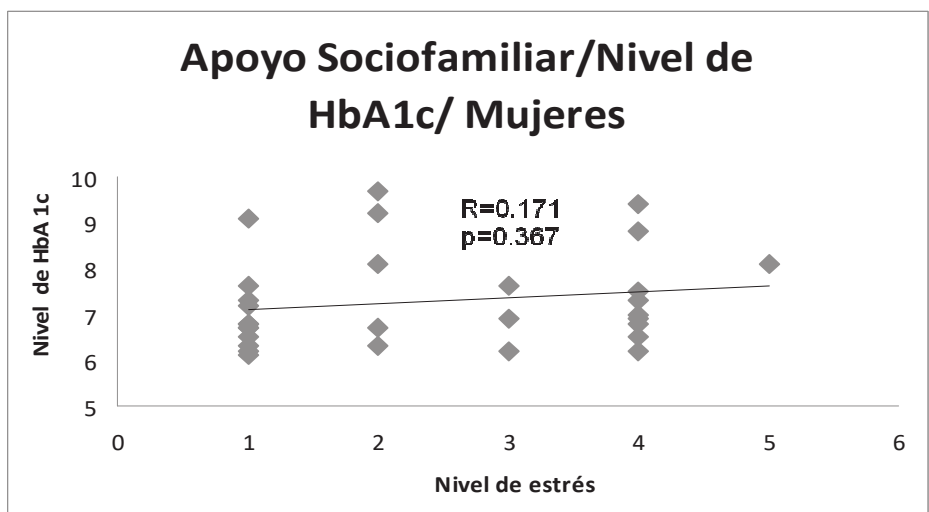
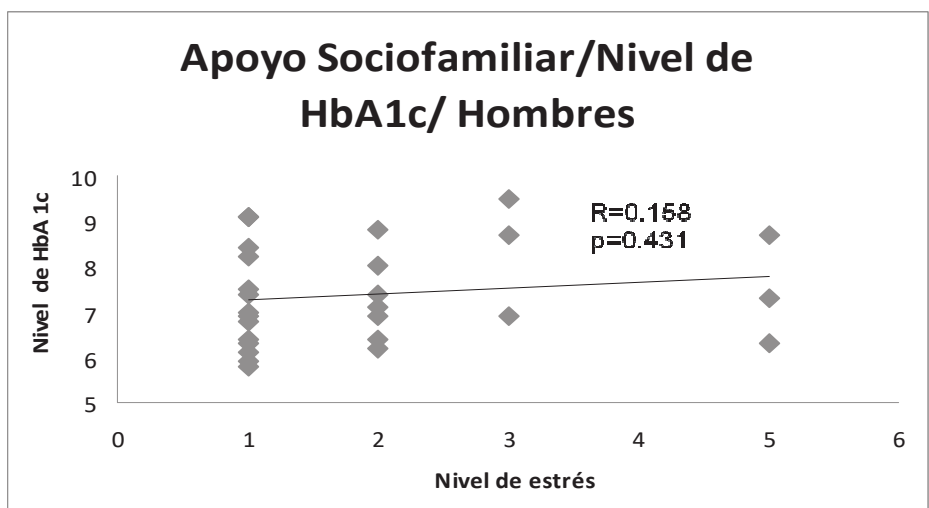
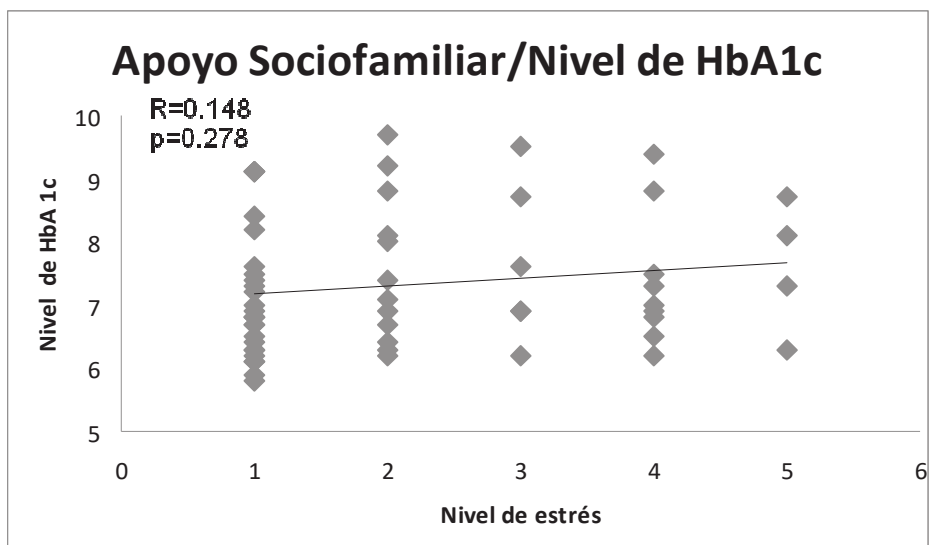


Figura 2C.- Correlación entre Apoyo Sociofamiliar y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres

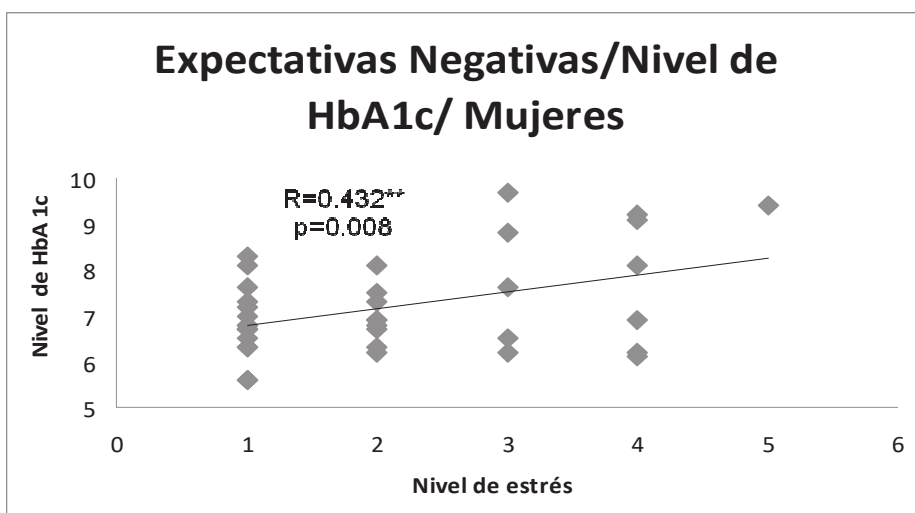
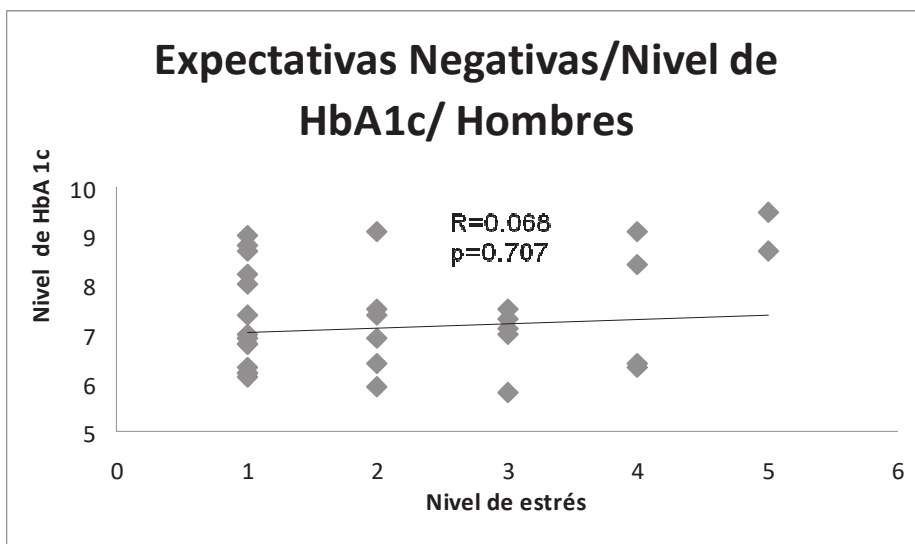
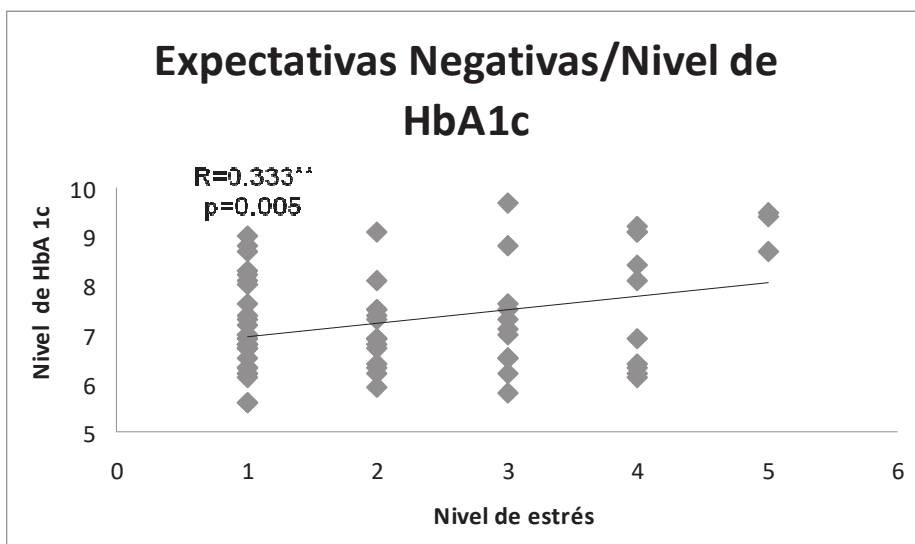


Figura 2D .- Correlación entre Expectativas Negativas y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres

**La correlación es significativa a un nivel inferior a 0.01

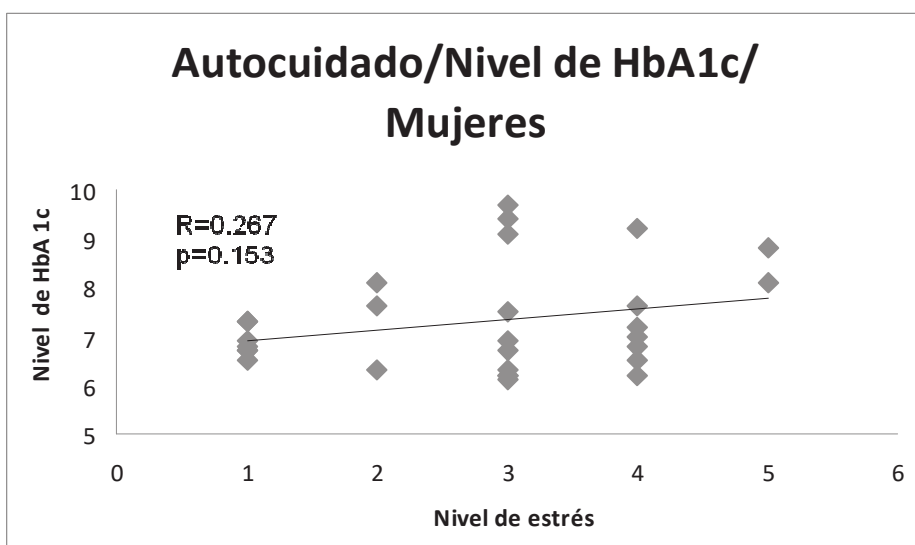
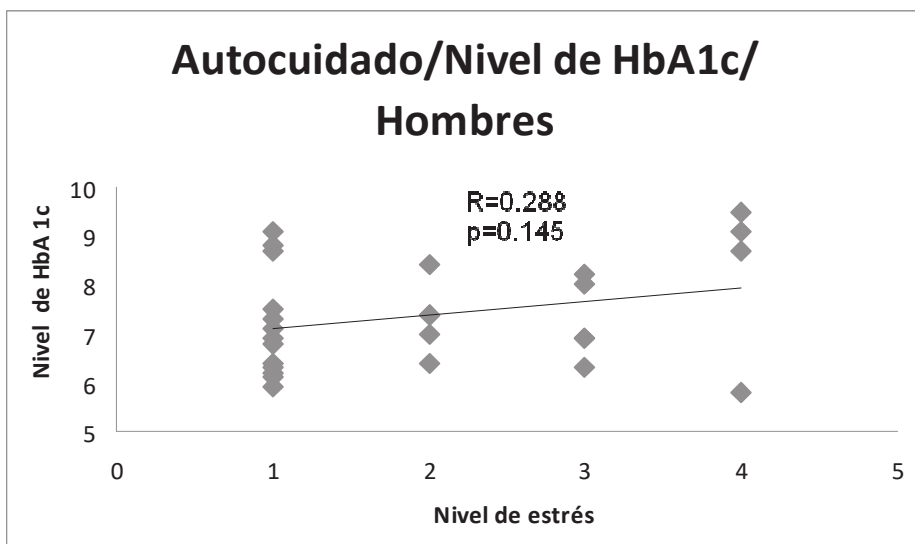
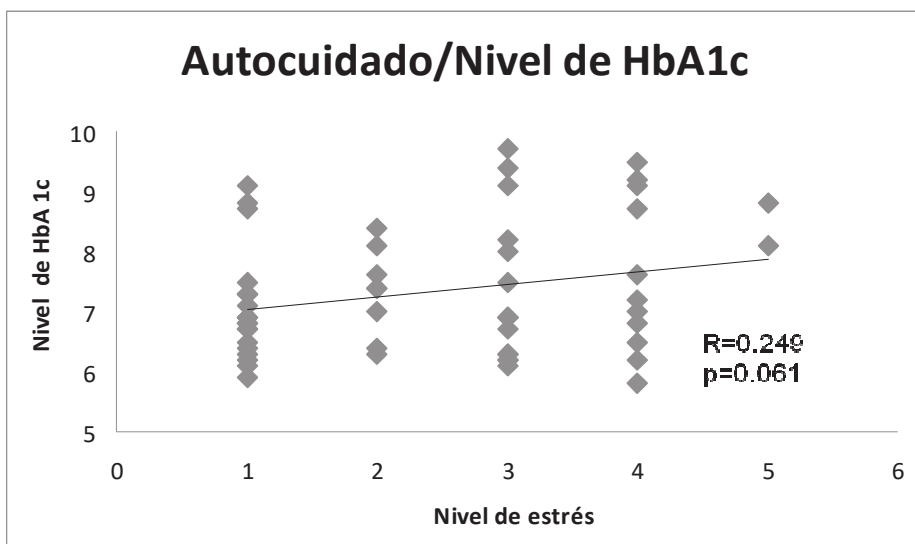


Figura 2E .- Correlación entre Autocuidado y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres

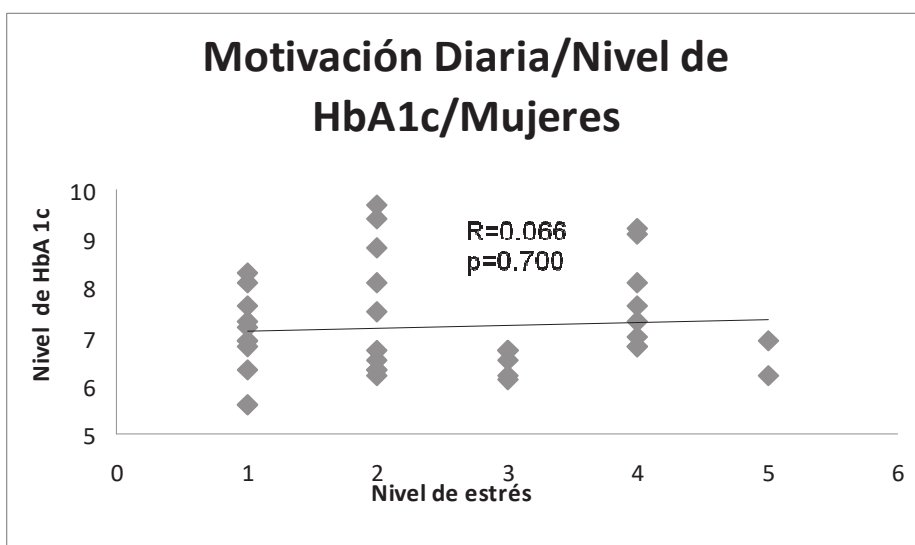
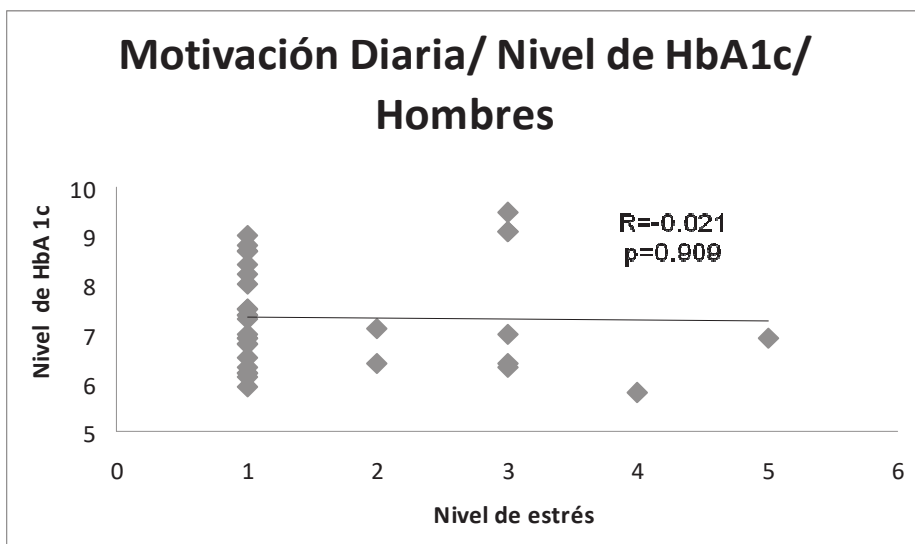
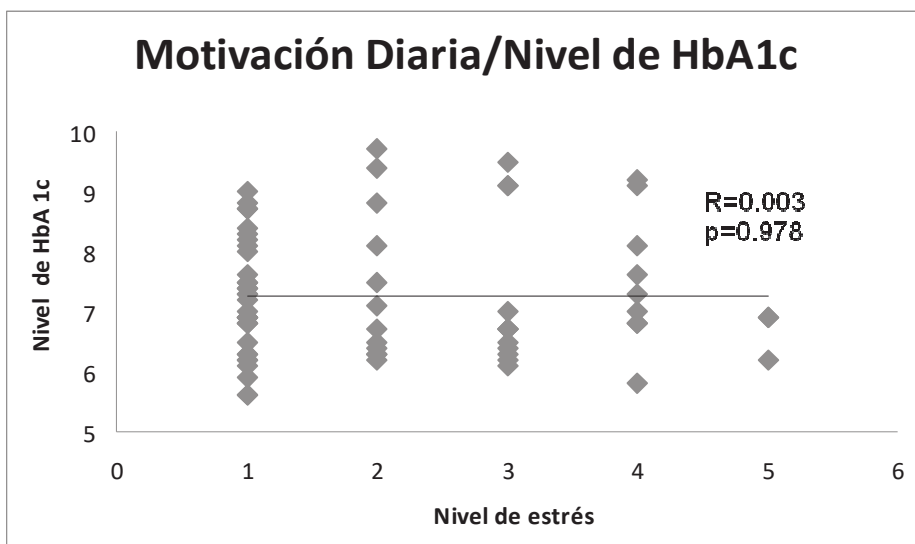


Figura 2F.- Correlación entre Motivación Diario y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres

Según las puntuaciones obtenidas en la escala HANDS, la correlación entre los niveles de HbA1c y las puntuaciones < 9 es de 0.174, $p= 0,246$ (Figura 3A). Para puntuaciones ≥ 9 , el coeficiente de correlación es de 0.186, $p=0,396$. (Figura 3B).

Figura 3.- Correlaciones entre la puntuación HANDS < 9 (A) y ≥ 9 (B) y los niveles de HbA1c.

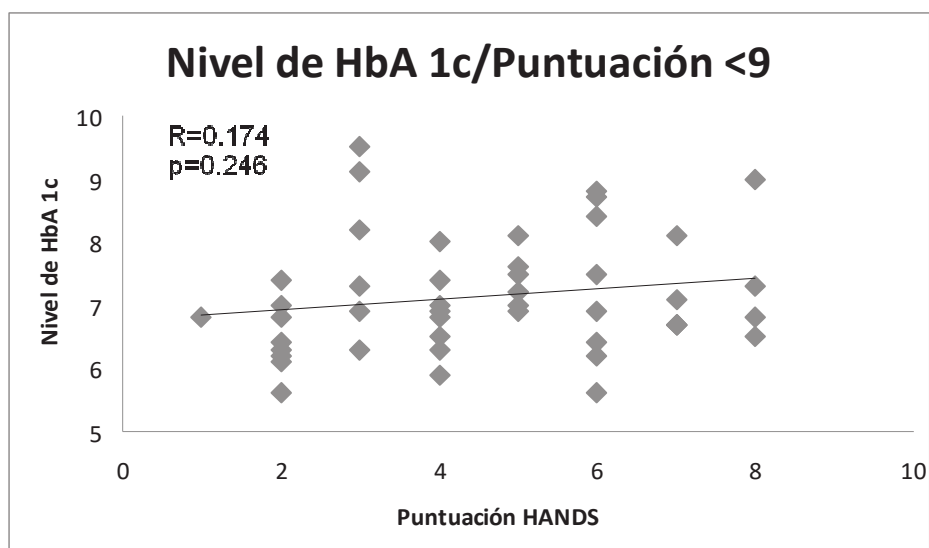


Figura 3A

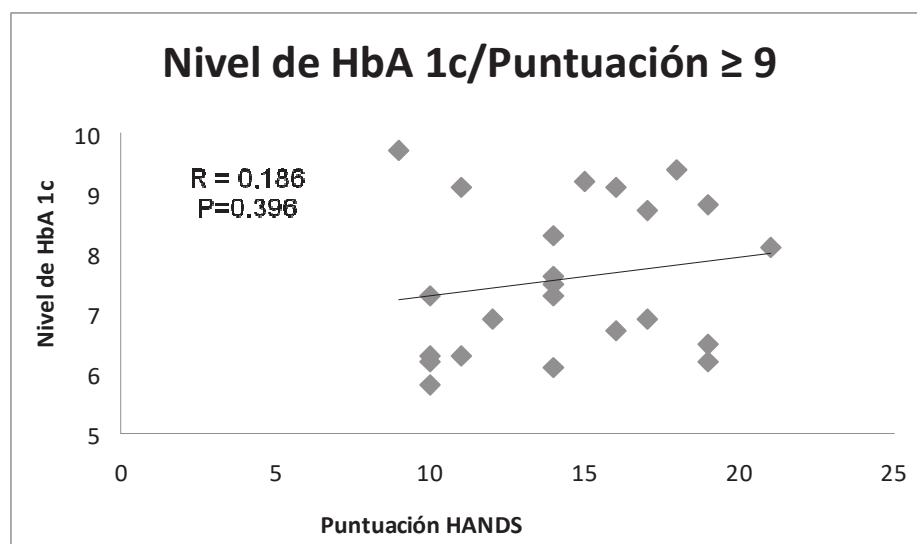


Figura 3B

En los hombres no hay una correlación significativa entre la puntuación HANDS y los niveles de HbA1c ($R=0.144$; $p=0.424$) (Figura 4A), y en el caso de las mujeres el índice de correlación es de 0.236, ($p= 0.176$), tal y como se observa en la Figura 4B.

Figura 4.- Correlación entre la Puntuación HANDS y los niveles de HbA1c en hombres (A) y en mujeres (B).

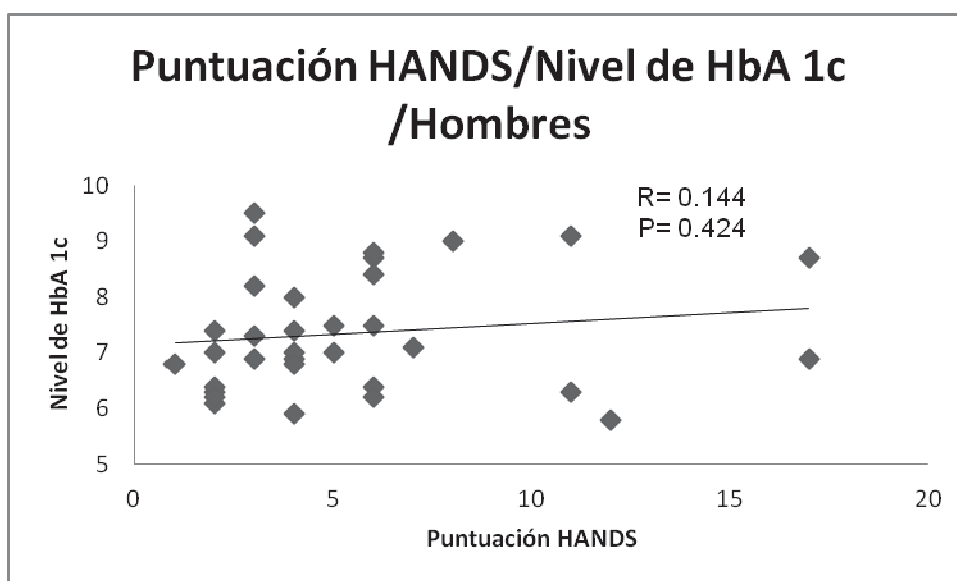


Figura 4A

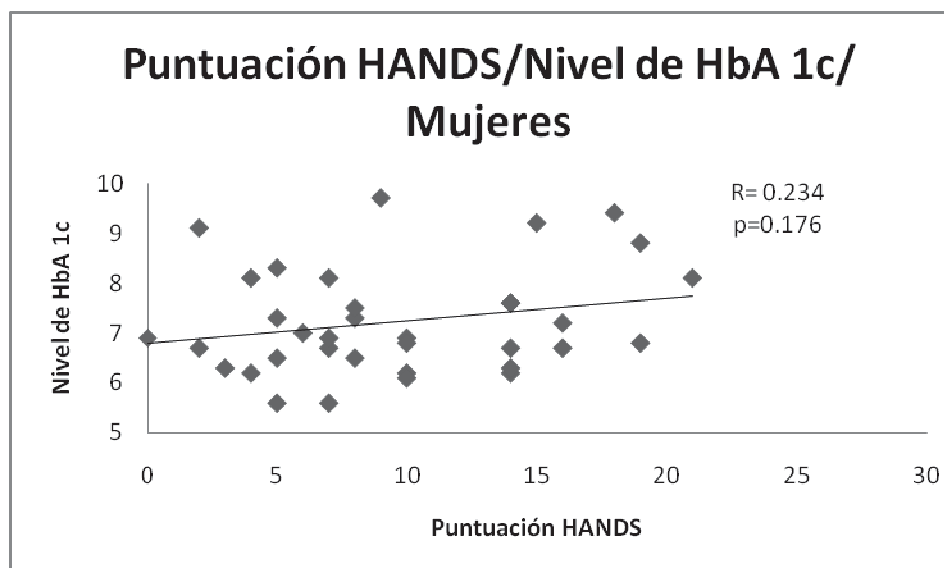


Figura 4B

3.-DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio era valorar la relación entre el autocuidado de la Dm2 y la presencia de problemas de estrés y/o depresión en pacientes con Dm2. Así mismo se han valorado las diferencias entre sexos que puedan aparecer en estos aspectos. Los resultados obtenidos indican que existe una relación mediatizada por el “sexo”. Así, los valores de HbA1c denotan que existe una conexión entre el curso y manejo de la Dm2, la presencia de síntomas de estrés y una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo.

También se pretendía conocer aspecto de adherencia al autocuidado y en concreto se obtuvo que en la muestra de casos los valores indican un déficit de autocuidado. Estos valores son los niveles de glucosa alrededor de 140 mg/dl y la media de HbA1c supera el 7%. El promedio del IMC es supero a 29, siendo algo mayor en las mujeres, por lo que existe un sobrepeso grado 2; lo que puede apuntar al hecho de que el peso es un factor de riesgo para la Dm2, ya que además en el grupo control la media del IMC es menor. Estos factores bioquímicos y antropométricos evidencian déficits en la adherencia al auto-cuidado y por tanto, existe una mayor probabilidad de sufrir consecuencias negativas.

En concreto, se obtiene una relación entre el sexo, los valores de HbA1c, los síntomas de estrés y la puntuación en la escala HANDS. Aunque la mayoría de los pacientes con Dm2 no son clínicamente depresivos (Fisher et al., 2007), si presentan síntomas de depresión que implican niveles de estrés que pueden empeorar el curso de la Dm2. La Dm2 supone una situación estresante crónica, y los mecanismos fisiológicos y psicológicos de la respuesta de estrés emocional influyen en el automanejo y en el posible desarrollo de problemas depresivos. Así, el estrés general

y el específico relacionado con la Dm se relacionan significativamente con resultados biológicos y comportamentales de la Dm (Fisher et al., 2007). La Dm2 conlleva un proceso de adaptación costoso, que supone el aprendizaje de las variables de tratamiento y toma de decisiones constantes (Clouse y Lustman, 2001), poniendo a prueba la capacidad de adaptación, afrontamiento y autocontrol del paciente. Por lo tanto, el patrón de respuesta de estrés individual será primordial, de hecho, hay estudios que indican que el impacto estresante de la Dm2 depende de factores psicológicos y sociales individuales (Lloyd et al., 2005). Obtenemos que en comparación con la muestra control, personas con Dm2 tienen mayores niveles de estrés en la mayor parte de las variables psicológicas analizadas, lo que apunta a una mayor probabilidad de desarrollar síntomas de estrés y depresivos cuando se cuenta con un diagnóstico de Dm2. No obstante, como dato curioso se obtiene que personas sin Dm2 presentan un mayor agotamiento por el cuidado de la salud, sobre todo en el caso de mujeres.

Factores individuales como el sexo, el seguir una dieta adecuada, la realización regular de ejercicio físico, la respuesta de estrés individual, los síntomas depresivos o los recursos disponibles para enfrentar síntomas emocionales negativos van a influenciar las capacidades necesarias con que cuente la persona para enfrentar la Dm2 (Sapolsky, 1994). Por lo tanto, una correcta adaptación a la situación, intentando una respuesta de estrés controlado influirán en los parámetros bioquímicos de la enfermedad, de hecho, hay resultados que indican que el tratamiento del estrés reduce los niveles de HbA1c (Surwit et al., 2002). Finalmente, el control del estado emocional redundaría en el bienestar psicológico del paciente.

Respecto a otros de los objetivos planteados, las diferencias relacionadas con el sexo, nuestros datos indican que en mujeres existe una mayor probabilidad de

experimentar síntomas estresantes y/o tener síntomas o trastorno depresivo, cuando se tiene diagnóstico de Dm2, en comparación con los hombres con Dm2. Este resultado es coherente con resultados de otros estudios que indican una mayor prevalencia de estrés emocional, unido a “matices” de la respuesta de estrés en las mujeres, y de depresión en mujeres con Dm2 (Talbot y Nouwen, 2000). Estos resultados se repiten en el grupo control, las mujeres presentan mayor prevalencia de estrés emocional y síntomas depresivos que los hombres. Por lo tanto, esta mayor afectación emocional en las mujeres aparece en la población general, sin que estos problemas estén relacionados con una patología comórbida (Anderson et al., 2001). Esta vulnerabilidad se puede deber a características psicológico-emocionales y al modo de afrontamiento que presente el sexo femenino, lo que puede generar mayor sensibilidad a las situaciones estresantes, y por tanto, a desarrollar un trastorno depresivo (Arenas y Puigcerver, 2009).

En relación a la conexión entre el nivel de estrés y el control metabólico, obtenemos una relación entre los niveles de HbA1c, los síntomas de estrés y la puntuación en la escala HANDS; apareciendo también diferencias respecto al sexo. En concreto, en personas con síntomas de estrés, los niveles de HbA1c y glucosa se sitúan por encima de los valores óptimos, es decir mayor a 6.5% de HbA1c y mayor a 126mg/dl de los niveles de glucosa. por otra parte, las personas con Dm2 que presentan síntomas de estrés y puntuaciones HANDS ≥ 9 presentan mayores niveles de glucosa y HbA1c.

Respecto a la evaluación de hombres y mujeres de forma separada, se obtienen diferentes resultados significativos tanto en hombres y como en mujeres. Las mujeres presentan niveles más elevados de glucosa en 4 de las variables de estrés consideradas: agotamiento por la atención de la Dm2, insatisfacción con la atención

médica, falta de apoyo socio-familiares percibido y expectativas negativas con respecto a su enfermedad. Y por su parte, en lo hombres los niveles de HbA1c son superior en todas las variables de estrés, estando por encima del 7.5% en todas las variables, salvo en agotamiento. Así, los mayores niveles de estrés manifestados por mujeres se reflejan en mayores niveles de glucosa, mientras que en los hombres, aunque muestran menores niveles de estrés verbalizados, los niveles de HbA1c son indicativos de un mal manejo de la enfermedad.

En la percepción de los factores estresantes, existen diferencias respecto al sexo, según los resultados del estudio de correlación. Los hombres se ven más afectados por los cambios en el estilo de vida que implica la enfermedad, el autocuidado que requiere, mostrando insatisfacción por la atención médica recibida, siendo mayor en las mujeres en el grupo control. Por otra parte, los mayores niveles de HbA1c, un mal control metabólico de la Dm2, correlaciona negativamente con el agotamiento por la enfermedad y con la motivación diaria.

Por su parte, las mujeres con Dm2 se ven más afectadas por agotamiento emocional debido al autocuidado que requiere la Dm2, perciben bajo apoyo social, presentan expectativas negativas respecto a las consecuencias de la enfermedad y valoran como costoso el autocuidado diario. La percepción de apoyo social puede minimizar el impacto de agentes estresantes, provocando una menor respuesta de estrés cardiovascular y unos menores niveles de cortisol (Sapolsky, 2008). Así, el sentimiento de aislamiento puede suponer un problema para la adherencia, sobre todo en mujeres; de hecho, resultados indican que los síntomas depresivos derivados de la enfermedad dependerían de los niveles y calidad el apoyo social (Talbot Y Nouwen, 2000). Acorde a esto obtenemos que las mujeres del grupo control perciben un mayor apoyo socio-familiar y menores niveles de estrés.

Por tratarse de un problema crónico y demandante, las personas con Dm2 presentan más insatisfacción con la atención médica que el grupo control. Una mala atención médica recibida por pacientes con Dm2 unido a síntomas depresivos puede provocar un empeoramiento en el control de la glucosa, lo que da lugar a cambios en el sistema nervioso autónomo, en el eje HHA y en neurotransmisores (Ciechanowsky et al., 2000). Las expectativas negativas pueden aparecer por el hecho de enfrentar una situación médica impredecible, que obtenemos que son más superiores en las mujeres con Dm2 que en los hombres con Dm2 y en las mujeres control. Es interesante el hecho de que las mujeres demandan apoyo emocional para sobrellevar el autocuidado, mientras los hombres evitan esta ayuda, aunque tienen mayor riesgo de enfrentar situación que escapan de su control, siguiendo ellos con hábitos inadecuados y delegando la responsabilidad en el médico. Aunque ellos restan importancia a la necesidad de modificar su estilo de vida, presentan elevados niveles de HbA1c que son indicativos de un mal control metabólico. Estos resultados son coherentes con el hecho de que las mujeres son más aprensivas emocionalmente cuando tienen que enfrentar acontecimientos negativos, y sienten más necesidad de apoyo social (Sapolsky, 2008); no obstante, son más conscientes de la necesidad de modificar el estilo de vida (llevan dieta adecuada, hacen ejercicio físico y controlan sus niveles glucémicos).

Según los datos obtenidos y los resultados de otros estudios, los síntomas de estrés y el trastorno depresivo están relacionados; con un trastorno depresivo es más probable verbalizar síntomas de estrés emocional. Fisiológicamente, niveles más elevados de cortisol, implicado en la respuesta de estrés, aparecen en personas depresivas, lo que además favorece el aumento de los niveles de glucosa (Boyle et al., 2007). Mujeres con puntuaciones ≥ 9 en HANDS tienen mayor nivel de estrés;

patrón que se invierte en el caso de los hombres. Así a pesar de presentar hombres y mujeres niveles similares de HbA1c, ellas presentan puntuaciones mucho más elevadas en la escala HANDS. Así los valores de HbA1c se relacionan con mayores problemas o síntomas depresivos en mujeres. Este hecho puede provocar consecuencias negativas, ya que una respuesta de estrés, ante estímulos psicológicos, que implica liberación de hormonas no necesarias y que acaban por agotar a la persona, supone procesos alodinámicos que pueden llegar a ser desadaptativos a largo plazo (Mc Ewen, 2010).

Otros de los aspectos evaluados fueron hábitos como el consumo de alcohol y tabaco, la realización de ejercicio físico y el seguimiento de una dieta adecuada. Estos hábitos se ven influenciados por la presencia de problemas emocionales, así las personas con trastorno depresivo muestran un menor consumo de alcohol y tabaco, una menor realización de ejercicio físico y siguen una dieta incorrecta, tanto hombres como mujeres. Obtenemos que los hombres con puntuaciones elevadas en HANDS son más fumadores. Este hábito podría ser un modo inadecuado de afrontamiento de un estado emocional disfuncional o una pauta cultural establecida. Por su parte las mujeres muestran una buena adherencia a pautas de autocuidado como seguir una dieta adecuada y realizar actividad física regularmente. Así, sería necesario modificar este tipo de conductas en personas con Dm2. Y los cambios conductuales necesarios para aumentar el ejercicio y la nutrición saludable, y dejar hábitos como el alcohol y/o tabaco, requieren motivación, energía, responsabilidad y esfuerzo, que son justos los rasgos más afectados por la respuesta de estrés y los que faltan en un trastorno depresivo (Mc Ewen, 2008).

Respecto a las complicaciones de la enfermedad y síntomas de estrés, el estrés elevado se relaciona con lesiones microvasculares, pero en caso de las

macrovasculares el porcentaje es menor. De hecho, la prevalencia de lesiones macrovasculares es mayor cuando no existen síntomas de estrés. Esto es acorde con resultados que indican que la depresión también ha sido asociada a las complicaciones en la Dm2 (De Groot et al., 2001). Respecto a diferencias respecto al sexo, en mujeres hay una mayor presencia de lesiones microvasculares, en relación con síntomas de estrés y con puntuaciones HANDS ≥ 9 , que en hombres. Por su parte, los hombres que tienen puntuaciones más bajas en la escala son los que muestran un mayor nivel de lesiones, tanto microvasculares como vasculares. El seguimiento y atención a estas complicaciones se llevan a cabo a través de revisiones periódicas para una detección precoz y tratamiento eficaz, impidiendo consecuencias negativas a largo plazo. Las diferencias que se obtuvieron respecto al sexo, más los mayores niveles de HbA1c que aparecen en mujeres, concuerda con otro estudio que establece efectos diferenciales del sexo en el control glucémico y en la presencia de complicaciones (Katon et al., 2004).

Respecto a enfermedades comórbidas, en personas con puntuaciones en HANDS ≥ 9 , la dislipidemia es la más frecuente. En cuanto a la hipertensión, la prevalencia es mayor en el caso de personas con puntuaciones < 9 . La presencia de otras enfermedades no influye en la relación de síntomas de estrés- trastorno depresivo-Dm2.

El resultado más significativo del estudio fue las diferencias entre sexos en la relación entre síntomas de estrés emocional- puntuación HANDS- Nivel de HbA1c. En mujeres se puede establecer una correlación entre los síntomas de estrés emocional, puntuaciones en HANDS ≥ 9 y niveles elevados de HbA1c. Por su parte, en hombres la relación entre niveles de estrés y la puntuación HANDS y niveles elevados de HbA1c puede ser debidos a la no adherencia a los hábitos de autocuidado

que demandan la enfermedad. Estos resultados evidencian la necesidad de intervenciones diferenciadas para minorar niveles de HbA1c, aunque muchos profesionales de la salud tienden a minimizar la seriedad del estrés, al valorarlo como “esperado” entre pacientes con Dm y otras enfermedades crónicas. Hay estudios que respaldan la importancia del tratamiento de la depresión; en concreto, la depresión responde bien al tratamiento médico y psicológico, y algo más del 25% de pacientes depresivos con diabetes son tratados con éxito (Egede, 2005). El entrenamiento en habilidades de manejo de estrés demuestra una reducción aproximada del 0.5% en los niveles de HbA1c, lo que reduce el riesgo de complicaciones (Katon et al., 2005). Este aspecto es importante ya que los niveles elevados de HbA1c están relacionados con el estrés y la depresión relacionados con la Dm (Fisher et al., 2008).

4.- Limitaciones

- Se analiza una muestra pequeña de sujetos, tanto diagnosticados con Dm2, como sujetos control.
- El uso de entrevistas personales puede dar lugar a sesgos en la respuesta, dependiendo de determinadas circunstancias o características de la persona.
- Existe la imposibilidad de verificar la existencia de un síndrome depresivo en sujetos con puntuación ≥ 9 y de contrastar el nivel de estrés con niveles biológicos de glucocorticoides.
- Hay necesidad de comparar de forma más exhaustiva los niveles de las variables fisiológica (glucosas, HbA1c...) y el estado emocional.

5.- Conclusiones.

- Las personas con Dm2 no difieren de forma significativa de personas control en las puntuaciones HANDS o en el agotamiento emocional. Sí muestran mayores niveles de insatisfacción con la atención médica y menos motivación diaria.

- Las mujeres con Dm2 tienen mayor probabilidad de experimentar síntomas estresantes y /o desarrollar un trastorno depresivos, en comparación con los hombres.

- Hombres y mujeres con Dm2 tienen niveles similares de HbA1c, pero las mujeres obtienen puntuaciones mucho más elevadas en la escala HANDS.

- Existe una relación diferencial entre la presencia de síntomas de depresión y estrés, el sexo y los niveles bioquímicos de la HbA1c. Las mujeres manifiestan mayores niveles de estrés, que correlacionan con mayores niveles de glucosa y HbA1c. En cambio, los hombres presentan menores niveles de estrés verbalizados, pero los niveles de HbA1c son indicativos de un mal control de la enfermedad.

V.-CONCLUSIONES FINALES

La Diabetes es un síndrome endocrino crónico que se ve afectado por distintos aspectos psicológicos de la persona. Diferentes entidades nosológicas de la Diabetes, Diabetes Tipo 1 y Diabetes Tipo 2, se ven relacionadas con diversos factores psicológicos, según nuestros resultados.

En principio, el padecer una condición como la Diabetes, no tiene que suponer una mayor probabilidad de presentar problemas emocionales. En nuestra muestra de personas con Dm1 obtenemos que presentan menos problemas y/o síntomas emocionales que las personas sin Dm1. Mientras que en la muestra de pacientes tipo 2 obtenemos que no presentan un mayor agotamiento emocional y/o problemas /síntomas depresivos que las personas control.

La Diabetes requiere estrictas pautas diarias de autocuidado (alimentación, ejercicio físico, medicación...), por lo que el día a día de la persona puede verse afectado. A este respecto obtenemos que personas con Dm1, en concreto adultos con Dm1 presentan menos problemas en el funcionamiento diario y el dicho nivel de funcionamiento. Mientras que las personas con Dm2 presentan más problemas de motivación diaria y una mayor insatisfacción con la atención médica recibida, en comparación con personas sin Dm2. Quizás se podría decir que los adultos con Dm1 muestran una mayor adaptación a la situación, y en cambio con Dm2 hacen depender más su cuidado de la atención médica. No obstante, también obtenemos que adultos con Dm1, en comparación con jóvenes con Dm1, presentan peores pautas conductuales, sobre todo, un mayor consumo de alcohol; así podrían estar relativizando la necesidad de seguir determinadas indicaciones.

En ambos estudios obtenemos diferencias respecto al sexo. En concreto, las mujeres se ven más afectadas por problemas emocionales, que se traducen en niveles más elevados de HbA1c. En concreto, obtenemos que mujeres con Dm1 presentan mayores niveles de HbA1c; estando relacionados bajos niveles con una menor presencia de problemas y/o síntomas emocionales. Por su parte, en mujeres con Dm2 obtenemos una correlación entre elevados niveles de estrés y elevados niveles de glucosa y HbA1c. Respecto a los hombres con Dm2, aunque no verbalicen niveles de estrés elevados, si presentan niveles de HbA1c indicativos de un mal control metabólico.

Por lo tanto, parece que las mujeres, tanto con Dm1 como con Dm2, presentan una mayor inestabilidad emocional. En concreto, mujeres con Dm1 presentan mayores niveles de Neuroticismo y de problemas de ansiedad y depresión. Y las mujeres con Dm2 muestran una mayor probabilidad de presentar síntomas de estrés y/o trastorno depresivo.

El indicador cognitivo que hemos empleado en el estudio relativo a las Dm1 aporta resultados en varias direcciones. Por una parte, el estimar un adecuado conocimiento de la enfermedad se relaciona con una mayor inestabilidad emocional. Mientras que, por otra parte, también se relaciona con bajos niveles de HbA1c, indicador de un buen manejo de la diabetes.

Respecto a los rasgos de personalidad, en concreto, respecto a los prototipos de Asendorpf, obtenemos diversas relaciones con aspectos de la adherencia al autocuidado en pacientes con Dm1. Así, también obtenemos relaciones con diferentes factores de salud psicológica, como serían la tendencia a problemas emocionales como la ansiedad y/o depresión, problemas en el funcionamiento diario y conductas de riesgo como autoagresión o agresión a terceros.

Las personas resilientes con Dm1 se asocian a un adecuado ajuste, aunque obtenemos dos resultados a destacar. Por una parte, muestran un mayor error de estimación de su adherencia, es decir, sobrevaloran su adherencia. Y, por otra parte, muestran mayores problemas en su funcionamiento en el ámbito de las relaciones íntimas, lo que podría apuntar a la presencia de aspectos de deseabilidad social en este prototipo.

Por su parte, las personas sobrecontroladas con Dm1 son las que presentan un mayor nivel de problemas y/o síntomas emocionales. Pero cometen menos error de estimación de adherencia que personas resilientes.

Los resultados obtenidos en ambos estudios apuntan en la dirección de que sería interesante tener en cuenta aspectos psicológicos, como rasgos de personalidad o factores de salud psicológica, a la hora de plantear intervenciones de educación en diabetes. Según estos estudios, el incluir estos aspectos en la atención a la persona con diabetes podría redundar en beneficios de manejo, evolución y pronóstico de la condición.

INDICE DE TABLAS

Tablas Estudio Descriptivo de Rasgos de Personalidad (Prototipos de Asendorpf) y Factores de Salud Psicológica en Dm1.

Tabla 1: *Composición grupo de casos y grupo control, según género y edad*----p.99.

Tabla 2-1: *Datos Antropométricos Grupo de casos vs. Grupo Control*----p.100.

Tabla 2-2: *Rasgos de Personalidad NEO-FFI. Grupo de casos vs. Grupo Control*----p.101.

Tabla 2-3: *Factores de salud psicológica. Grupo de casos vs. Grupo control*----p.103.

Tabla 2-4: *Datos relacionados con los Hábitos Conductuales. Grupo de casos vs. grupo control*----p.105.

Tabla 2-5: *Datos descriptivos relacionados con la enfermedad en grupo de casos*----p.106.

Tabla 3-1: *Grupo Hombres. Grupo de casos vs. control*----p.107.

Tabla 3-2: *Rasgos de Personalidad en Hombres. Grupo de casos vs. Grupo Control*----p.108.

Tabla 3-3: *Rasgos de salud psicológica. Grupo hombres de casos vs. Grupo hombres control*----p.110.

Tabla 3-4: *Hábitos Conductuales en Hombres. Grupo de casos vs. grupo control*---p.112.

Tabla 4-1: *Datos Antropométricos grupo Mujeres. Grupo de casos vs. control*----p.113.

Tabla 4-2: *Rasgos de Personalidad en Mujeres. Grupo de casos vs. Grupo Control*---p.114.

Tabla 4-3: *Rasgo de salud psicológica mujeres. Grupo de casos vs. Grupo control*----p.116.

Tabla 4-4: *Hábitos Conductuales en Mujeres. Grupo de casos vs. grupo control*--p.118.

Tabla 5-1: *Datos antropométricos. Grupo Hombres con DmI vs. Mujeres con DmI*----p.119.

Tabla 5-2: *Rasgos de Personalidad. Comparación. Hombres con DmI vs. Mujeres con DmI*----p.120.

Tabla 5-3: *Factores de salud psicológica. Comparación Hombres con DmI vs. Mujer con DmI*----p.122.

Tabla 5-4: *Hábitos en Grupo de Casos. Hombres con DmI vs. Mujeres con DmI*---p.124.

Tabla 5-5: *Datos relacionados con la enfermedad. Comparación Hombres con DmI vs. Mujeres con DmI*----p.126.

Tabla 6-1: *Datos Antropométricos jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. Grupo control*----p.127.

Tabla 6-2: *Rasgos de Personalidad en jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. Grupo Control*----p.128.

Tabla 6-3: *Factores de salud psicológica jóvenes (≤ 21 años). Grupo de casos vs. Grupo Control*----p.131.

Tabla 6-4: *Características Conductuales de jóvenes (≤ 21 años). Grupo de Casos vs. grupo Control*---p.133.

Tabla 7-1: *Datos Antropométricos del grupo de \geq de 22 años. Grupo de Casos vs. Control---*p.134.

Tabla 7-2: *Rasgos de Personalidad del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de Casos vs. Grupo Control---*p.135.

Tabla 7-3: *Rasgos de salud psicológica en adultos (\geq de 22 años). Grupo de Casos vs. Grupo Control---*p.138.

Tabla 7-4: *Características Conductuales del grupo de adultos (\geq de 22 años). Grupo de Casos vs. grupo Control---*p.140.

Tabla 8.1: *Datos antropométricos. Grupo Jóvenes con Dm1 (\leq 21 años) vs. Grupo Adultos con Dm1 (\geq de 22 años) ----*p.141.

Tabla 8-2: *Comparación Rasgos de Personalidad. Grupo Jóvenes con Dm1 (\leq 21 años) vs. Grupo Adulto con Dm1 (\geq de 22 años) ----*p.142.

Tabla 8-3: *Comparación Factores de Salud Psicológica. Grupo Jóvenes con Dm1 (\leq 21 años) vs. Grupo Adultos con Dm1 (\geq de 22 años) ----*p.145.

Tabla 8-4: *Comparación de Hábitos Conductuales. Grupo Jóvenes con Dm1 (\leq 21 años) vs. Grupo Adultos con Dm1 (\geq de 22 años) ----*p.147.

Tabla 8-5: *Datos relacionados con la Dm1. Grupo de Jóvenes con Dm1 (\leq 21 años) vs. Grupo de Adultos con Dm1 (\geq de 22 años) ----*p.149.

Tabla 9-1: *Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Muestra de Casos---*p.152.

Tabla 9-2: *Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Hombres con Dm1---*p.154.

Tabla 9-3: *Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Mujeres con Dm1----*p.157.

Tabla 9-4: *Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Jóvenes con DmI----*
p.160.

Tabla 9-5: *Relación Indicadores – Rasgos de Personalidad. Adultos con DmI----*
p.162.

Tabla 10-1: *Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Muestra de Casos----*p.168.

Tabla 10-2: *Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Hombres con DmI----*p.175.

Tabla 10-3: *Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Mujeres con DmI----*p.183.

Tabla 10.4: *Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Jóvenes con DmI----*p.190.

Tabla 10-5: *Relación Indicadores de Adherencia / Factores de Salud Psicológica. Adultos con DmI----*p.198.

Tabla 11-1: *Porcentajes prototipos en muestras de casos y control----*p.201.

Tabla 11-2: *Porcentajes prototipos en muestras de hombres de casos y control---*
-p.202.

Tabla 11-3: *Porcentajes prototipos en muestras de mujeres de casos y control----*
p.203.

Tabla 11-4: *Porcentajes prototipos en comparación por sexos----*p.204.

Tabla 11-4-1: *Porcentajes de prototipos en muestras de hombres y mujeres con DmI----*p.204.

Tabla 11-4-2: *Porcentajes de prototipos en muestras de hombres y mujeres control----*p.204.

Tabla 11-5: *Porcentajes prototipos en jóvenes (\leq 21 años) ----p.205.*

Tabla 11-6: *Porcentajes prototipos en adultos (\geq 22 años) ----p.205.*

Tabla 11-7: *Porcentajes prototipos en ambas muestras, según edad----p.206.*

Tabla 11-7-1: *Porcentaje prototipos en jóvenes y adultos con DmI ----p.206.*

Tabla 11-7-2: *Porcentaje prototipos en jóvenes y adultos control----p.206.*

Tabla 12-1: *Datos de adherencia en muestra de casos----p.208.*

Tabla 12-2: *Puntuaciones de las escalas del CORE-OM en los diferentes prototipos----p.212.*

Tabla 13-1: *Datos de adherencia Hombres DmI----p.215.*

Tabla 13-2: *Puntuaciones de grupo de hombres en las escalas del CORE-OM, BDI y BAI en los diferentes prototipos----p.219.*

Tabla 14-1: *Datos de adherencia Mujeres----p.222.*

Tabla 14-2: *Puntuaciones de grupo de mujeres en las escalas del CORE-OM, BDI y BAI en los diferentes prototipos----p.226.*

Tabla 15-1: *Datos de adherencia \leq de jóvenes (\leq 21 años) ----p.228.*

Tabla 15-2: *Puntuaciones de grupo de jóvenes (\leq 21 años) en las escalas del CORE-OM, BDI y BAI en los diferentes prototipos----p.232.*

Tabla 16-1: *Datos de adherencia de adultos (\geq 22 años) ----p.235.*

Tabla 16-2 : *Puntuaciones de grupo de adultos (\geq 22 años) en las escalas del CORE-OM, BDI y BAI en los diferentes prototipos----p.239.*

Tablas Estudio Descriptivo de los Efectos del Estrés y la presencia de Trastrono Depresivo en la Diabetes Tipo 2.

Tabla 1: *Datos clínicos y bioquímicos de la muestra de casos*----p.289.

Tabla 1.1: *Datos clínicos y bioquímicos del grupo control*----p.290.

Tabla 1.2: *Comparación de los datos clínicos de pacientes con DM2 y del grupo control*----p.290.

Tabla 2: *Síntomas de estrés y puntuación HANDS en DM2.* ----p.295.

Tabla 2.1: *Síntomas de estrés y puntuación HANDS en el grupo control*----p.295.

Tabla 2.2: *Comparación de síntomas de estrés y puntuación HANDS en pacientes con DM2 y grupo control*----p.296.

Tabla 3: *Síntomas de estrés y Hábitos diarios*----p.301.

Tabla 3.1: *Síntomas de estrés y consumo de alcohol*----p.301.

Tabla 3.2: *Síntomas de estrés y hábito tabáquico*----p.301.

Tabla 3.3: *Síntomas de estrés y ejercicio físico*---- p.302.

Tabla 4: *Puntuación HANDS y Hábitos diarios* ---- p.304.

Tabla 4.1: *Puntuación HANDS y Hábitos diarios. Muestra de casos*---- p.304.

Tabla 4.2: *Puntuación HANDS y Hábitos diarios. Muestra control*---- p.305.

Tabla 4.3: *Puntuación HANDS, Sexo y Hábitos diarios en Hombres y Mujeres*---- p.305.

Tabla 4.4: *Puntuación HANDS, Sexo y Hábitos diarios en el grupo control*---- p.305.

Tabla 5: *Síntomas de estrés y datos bioquímicos*---- p.313.

Tabla 5.1: *Comparación de datos bioquímicos en sujetos con DM2 y con síntomas de estrés y sin síntomas de estrés*---- p.315.

Tabla 5.2: *Puntuación HANDS y Datos Bioquímicos*---- p.317.

Tabla 6.1: *Estrés y repercusiones de la enfermedad*---- p.324.

Tabla 6.2: *Comparación Síntomas de Estrés/Presencia de lesiones microvasculares y macrovasculares*---- p.325.

Tabla 6.3: *Puntuaciones HANDS y repercusiones de la enfermedad*---- p.326.

Tabla 7: *Puntuación HANDS y síntomas de estrés*---- p.329.

INDICE DE FIGURAS

Figuras Estudio Descriptivo de Rasgos de Personalidad (Prototipos de Asendorpf) y Factores de Salud Psicológica en Dm1.

CAPÍTULO I

Fig.1: Esquema del modelo de creencias sobre la salud---- p.29.

Fig.2: Esquema Teoría de Acción Razonada. Obtenido de Rubio, V.J. Modelos psicológicos del comportamiento saludable---- p.30.

Fig.3: Esquema de la motivación protectora. León Rubio, J.M. y Medina Anzano, S. Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos.2016---- p.31.

Fig.4: Esquema del Modelo de Proceso de adopción de precauciones. León Rubio, J.M.y Medina Anzano, S. Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos.2016---- p.32.

Fig. 5: Esquema del Modelo del Proceso de adopción de Precauciones. Obtenido de Rubio, V.J. Modelos psicológicos del comportamiento saludable---- p.33.

Fig.6: Esquema de Teoría de la Acción Social. León Rubio, J.M. y Medina Anzano, S. Psicología Social de la Salud: fundamentos teóricos y metodológicos.2016---- p.34.

Fig7: Esquema de la reacción de lucha o huida---- p.50.

Fig.8: Esquema del Síndrome General de Adaptación (Selye, 1963) ---- p.51.

Fig.9: Esquema del sistema nervioso autónomo---- p.53.

Fig.10: Esquema de rasgos que implican los 5 factores---- p.55.

CAPITULO III

Figura 1-1: *Hábitos Conductuales de Personas DmI vs. Personas Control----*
p.105.

Figura 1-2: *Características Conductuales Hombres DmI vs. Hombres Control----*
p.112.

Figura 1-3: *Características Conductuales Mujeres DmI vs. Mujeres Control----*
p.118.

Figura 1-4: *Características Conductuales. Hombres con DmI vs. Mujeres con DmI----* p.124.

Figura 1.5: *Características Conductuales. Jóvenes con DmI vs. Jóvenes Control----*
--- p.133.

Figura 1-6: *Características Conductuales. Adultos con DmI vs. Adultos Control----*
--- p.140.

Figura 1-7: *Características Conductuales. Jóvenes DmI (≤ 21 años) vs. Adultos DmI (\geq de 22 años) ----* p.147.

Figura 2-1: *Datos Adherencia de Prototipos en la Muestra de Casos----* p.209.

Figuras 2.2 y 2.3: *Factores de Salud Psicológica en Prototipos de la Muestra de Casos----* p.214.

Figura 3-1: *Datos de Adherencia en Prototipos de Hombres con DmI----* p.215.

Figuras 3.2 y 3.3: *Factores de Salud Psicológica en Prototipos de Hombres con DmI y Hombres control----* p.220 y 221, respectivamente.

Figura 4-1: *Datos de Adherencia en Prototipos de Mujeres con DmI----* p.222.

Figura 4.2 y 4.3: *Factores de Salud Psicológica en Prototipos de Mujeres con DmI----* p.227.

Figura 5.1: *Datos de Adherencia en Prototipos de Jóvenes con Dm1*---- p.229.

Figuras 5.2 y 5.3: *Factores de Salud Psicológica en Prototipos de Jóvenes con Dm1*---- p.234.

Figura 6.1: *Datos de Adherencia en Prototipos de Adultos con Dm1*---- p.235.

Figuras 6.2 y 6.3: *Factores de Salud Psicológica en Prototipos de Adultos con Dm1 y Adultos control*---- p.240.

Figuras Estudio Descriptivo de los Efectos del Estrés y la presencia de Trastrono Depresivo en la Diabetes Tipo 2.

Figura 1: *Enfermedades comórbidas en los pacientes con DM2*---- p.331.

Figura 2A .- *Correlación entre Agotamiento por la enfermedad y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres*---- p.333.

Figura 2B .- *Correlación entre Insatisfacción Médica y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres*---- p.334.

Figura 2C.- *Correlación entre Apoyo Sociofamiliar y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres*---- p.335.

Figura 2D .- *Correlación entre Expectativas Negativas y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres*---- p.336.

Figura 2E .- *Correlación entre Autocuidado y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres*---- p.337.

Figura 2F.- *Correlación entre Motivación Diario y niveles de HbA_{1c} en hombres y mujeres*---- p.338.

Figura 3.- *Correlaciones entre la puntuación HANDS <9 (A) y ≥9 (B) y los niveles de HbA_{1c}*---- p.339

Figura 4.- *Correlación entre la Puntuación HANDS y los niveles de HbA1c en hombres (A) y en mujeres (B) ---- p.340.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler RH. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, Dec; 67(6), 607-11.

Alegre, A.A. y Zumaeta P.A. (2015). La Relación mente-cerebro. Una propuesta de solución basada en formas de neguentropía intra y extra individual. *Revista de Psicología Educativa*. Vol.3, nº 1, 265-311.

American Diabetes Association (ADA, 2004). Standards of Medical Care in Diabetes 2004. *Diabetes Care*, Jan.27 (Supplement 1), 15-35.

American Diabetes Association (2010). Standards of Medical Care in Diabetes 2010. *Diabetes Care*, 33, Supplement 1, January.

American Diabetes Association (ADA, 2015). Standards of Medical Care in Diabetes 2015. *Clinical Diabetes*, 33 (2), 97-111.

Anarte, M. T; Machado, A; Ruiz de Adana, M. S; Domínguez, M. E; Carreira, M; González Molero, I; Caballero, F. F y Soriguer Escofet, F. C. (2009). Personalidad y adherencia del tratamiento con infusor subcutáneo de insulina y monitorización continua de glucosa en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Avances en Diabetología*, 25: 394-398

Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E. y Lustman P.J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.

Anderson, R. J., Grigsby, A. B., Freedland, K. E., De Groot, M., McGill, J. B., Clouse, R. E., y Lustman, P. J. (2002). Anxiety and Poor Glycemic Control: A Meta-Analytic Review of the Literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(3), 235–247.

Anderson, R.J.(a), de Groot, M., Grigsby A.B., McGill, J.B., Freedland, K.E. y Clouse, R. (2002/2003). Anxiety and por glycemico: A meta-analytic review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32,3: 235-247.

Arenas M.C.y Puigcerver A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en trastornos de ansiedad: Una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, Vol. 3, nº 1, 20-29.

Arrivillaga Quintero M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Editorial El Manual Moderno Colombia, 2007.

Asendorf, J.B., Borkenau, P., Ostendorf, F. y Van Aken, M.A.G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15, 169-198.

Avendaño Monje, María José y Barra Almagiá, Enrique (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.

Bächie, C., Lange, K., Stahl-Pehe, A., Castillo, K., Holl, R.W., Giani, G. y Rosenbaver, J. (2015). Associations between HbA1C and depressive symptoms in young adults with early-onset type 1 diabetes. *Psychoneuroendocrinology*, May, 55, 48-58.

Balcázar Nava, G.P., Gurrola Peña, M. y Moysén Chimal, A. (2012). Diabetes y psicología de la salud, Editorial Miguel Ángel Porrúa..

Barquilla García, A., Mediavilla Bravo, J.J., Comas Samper, J.M., Seguí Díaz, M. Carramiñana Barrera F. y Zaballos Sánchez, F.J. (2010). Recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes en el manejo de la diabetes mellitus. *Semergen*, 36, (7), 386-391.

Belloch, A., Sandin, B., y Ramos, F. (2009). Manual de psicopatología. Volumen II. *McGraw-Hill España*.

Berry, J. W., Elliott, T. R. y Rivera, P. (2007). Resilient, undercontrolled and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 292.

Björn Eliasson. Los efectos del tabaco sobre las complicaciones diabéticas. *Diabetes Voice.*, Junio 2005, Vol. 50, n° Especial.

Boden, M.T. y Gala, S. (2018). Exploring correlates of diabetes-related stress among adults with type 1 diabetes in the T1D exchange clinic registry. *Diabetes Research and Clinical Practice*. April, 138; 211-219.

Bogg, T. y Roberts, B.W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, Vol. 130, N.6, 887-919.

Bogner H.R., Morales K.H., Post E.D. y Bruce M.L. (2007). Diabetes, Depression and Death. *Diabetes Care*, 30, 3005-3010.

Boyle S.H., Surwit R.S., Georgiades A., Brummett B.H., Helms M.J., Williams R.B. y Barefoot J.C. (2007). Depressive symptoms, Race, and Glucose Concentrations. *Diabetes Care*, 30, 2484-2488.

Buchberger B., Hupperte, H., Krabbe, L., Lux, B., Mattivi, J.T. y Siafarikas, A. (2016). Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychooneuroendocrinology*, Aug, 70, 70-84.

Bykowski Cathy A. (2016). The Effect of a Computerized Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention On Psychological Factors and Diabetes Management. Graduate Theses and Dissertations.

C. de Ornelas Maia, A.C., de Azevedo Braga, A., Bronwers, A., Nardi, A.E., Cardoso de Oliveira y Silva, A. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes types 1 and 2. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 1169-1173.

Cardenal Violeta, Sánchez M.^a Pilar y Ortiz-Tallo, Margarita. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.

Cantero Vicente, María Pilar (2012). Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez, ECU. ProQuest Ebook Central.

Castellano-Guerrero, AM., Guerrero, R., Ruiz-Aranda, D., Perea, S., Pumar, A., Relimpio, F., Mangas, M.A., Losada, F. y Martínez-Brocca, M.A. (2020). Gender differences in quality of life in adults with long-standing type 1 diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 12, 64.

Cerezo-Reséndiz, S. y Hurtado-Rodríguez, C. Principales aportaciones a la Medicina Conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behaviour, Health & Social Issues*, Vol3, n.2, pp. 49-59, Nov-2011-Apr-2012.

Chapman, B.P. y Goldberg, L.R. (2011). Replicability and 40 year predictive power of childhood ARC types. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 101, No.3, 593-606.

Ciechanowski P.S., Katon W.J. y Russo J.E. (2000). Depression and Diabetes. *Archives of internal medicine*, 160, 3278-3285.

Cloninger, S.C. (2003). *Teorías de la Personalidad (3ª Edición)*. Pearson Educación. México.

Clouse R. y Lustman P. (2001). The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.

Coclami, T. y Cross (2011). Psychiatric co-morbidity with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol.17, N.10.

Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patología de la diabetes mellitus. *Revista Española de Cardiología*, vol. 55, nº 5, 528-538.

Cooper, L.D. (2014). Personality traits, personality disorder dimensions, and physical health: The predictive ability of self and informant reports. May, ProQuest LLC.

Cosma, A. y Baban, A. (2015). Beyond self-care behaviors in diabetes: Learning from adolescents. *Cognition, Brain and Behavior*, XIX, 3 (September): 233-249.

Cosma, A. (a) y Baban, A. (2017). Emotional responses of adolescents with type 1 diabetes: The role of illness representations and coping. *Cognition, Brain, Behaviour. An Interdisciplinary Journal*, Vol. XXI, 2 (June), 117-134.

Costa, P.T. Jr. y McCrae, R.R. Manual NEO-PI-R (2ª Edición). TEA Ediciones. Madrid.

Čukić, I. y Weiss, A. (2016). Personality correlates of Type 1 Diabetes in a national representative sample. *Psychological topics*, 25,1, 45-58.

De Groot M., Anderson R., Feedland D.E., Clouse R.E. y Lustman P.J. (2001). Association of Depression and Diabetes Complications: A meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.

Delahanty L.M., Grant R.W., Wittenberg E., Bosch J.L., Wexler D.J., Cagliero E. y Meigs J.B. (2007). Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 24, 48-54.

Diabetes Education Online. Diabetes Teaching Center at the University of California, San Francisco. <https://dte.ucsf.edu/es/>.

DiMatteo, M.R. y DiNicola, D.D. (1982). Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role. New York, Pergamon Press.

Dovey-Pearce, G., Doherty, Y. y May, C. (2007). The influence of diabetes upon adolescent and young adult development: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12, 75-91.

Drotar, D., Ittenbach, R., Rohan, J.M., Gupta, R., Pendley, J.S. y Delemater, A. (2013). Diabetes management and glycemic control in youth with type 1 diabetes: test of a predictive model. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 234-245.

Egede, L.E. (2005). Effect of Comorbid Chronic Diseases on Prevalence and Odds of Depression in Adults With Diabetes. *Psychosomatic Medicine* 67, 46-51.

Engel G.L (1997). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Engum, A., Mykletun, A., Midthjell, K., Holen, A. y Dahl, A.A. (2005). Depression and diabetes: A large population-based study of sociodemographic, lifestyle and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 -diabetes. *Diabetes Care*, 28, 1904-1909.

Fava M., Graves L.M., Benazzi F., Scalia M.J., Iosifescu D.V., Alpert J.E. y Papakostas G.I. (2006). A cross-sectional study of the prevalence of cognitive and physical symptoms during long-term antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (11), 1754-1759.

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Corbella S., González E., Bados, A., García Grau E. y López González, M.A. (2012). La versión española del CORE-OM. *Revista Psicoterapia*, 1Trim., Vol.23, nº 89, 109-135.

Fisher L., Skaff M.M., Mullan J.T., Areal P., Mohr D., Masharani U., Glasgow R. y Laurencin G. (2007). Clinical Depression Versus Distress Among Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30, 542-548.

Ford E.S. (2005). Risks for All-Cause Mortality, Cardiovascular Disease, and Diabetes Associated with the Metabolic Syndrome. *Diabetes Care*, 28, 1769-1778.

Frank M. R. (2005). Psychological issues in the care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Paediatrics & child health*, 10(1), 18–20.

Gavidia, V. y Talavera, M. La construcción del concepto de salud. Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia, Nº 26, 2012, 161-175.

Gendelman, N., Snell-Bergeon, J., Fann, K.M., Kinney, G., Wadwa, R.P., Bishop, F., Rewers, M. y Maahs, D.M. (2009). Prevalence and correlates of depression in individuals with and without Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 32, 575-579.

Gil Roales-Nieto, J. e Ybarra Sagarduy, J. (2003). Tratamientos Eficaces en Diabetes. In: M. Álvarez Pérez, J. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez and I.

Amigo Vázquez, ed., Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Editorial Pirámide, 215-236.

Giménez Escribano F., Benito Marsans, R. (2001). Hitos de la Diabetes. Del papiro de Ebers a nuestros días. Novo Nordisk. Editorial Europubli. Madrid.

Granados, E.E. y Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Medicine Psychology, LIBERABIT*, 16(2), 203-216.

Graue M., Wentzel-Larsen T., Bru E., Hanestad B.R., Sjøvik, O. (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*, 27(6), 1313-7.

Hughes, A.E., Berg, C.A. y Wiebe, D.J. (2012). Emotional processing and self-control in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(8), 925-934.

Imayama, I., Plotnikoff, R.C., Courneya, K.S. y Johnson, J.A. (2011). Determinants of quality of life in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Health and Quality of Life Outcome*, 9, 115.

Ismail, D., Gebert, R., Viullermin, P.J., Fraser, L., McDonnel, C.M. Donath, S.M. y Cameron F.J. (2006). Social consumption of alcohol in adolescents with Type

1 Diabetes is associated with increased glucose lability, but not hipoglycaemia. *Diabetic Medicine*, vol.23, Issue 8, 830-833.

Iturralde, E., Rausch, J.R., Weissberg-Bechell y Hood K.K. (2019). Angustia Emocional relacionada con la diabetes mellitus a lo largo del tiempo. *Office Journal of the American Academy of Pediatrics*, Junio, 2019, 143 (6).

Jones, C.M. y Foli, M.J. (2018). Maturity in Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus: A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, Volume 42, 73-80.

Karlsen, B. y Bru, E. (2014). The relationship between diabetes-related distress and clinical variables and perceived support among adults with type 2 diabetes: a prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 438-47.

Katon W., Von Korff M., Ciechanowsky P., Russo J., Lin E., Simon G., Ludman E., Walker E., Bush P. y Young B. (2004). Behavioral and Clinical Factors Associated With Depression Among Individuals With Diabetes. *Diabetes Care*, 27, 914-920.

Laffel, L.M., Vangsness, L., Connell, A., Goebel-Fabbri, A., Butler, D. y Anderson B.J. (2003). Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *The Journal of Pediatrics*, 142(4), 409-16.

León Rubio, J.M., Ballesteros Regaña, A., Herrera Sánchez, I.S., Barriga Jiménez, S. y Silvia Medina Anzano, S. *Psicología de la salud y de la calidad de vida*, Editorial UOC, 2004.

Lin E., Katon W., VonKorff M., Rutter C., Simon G.E., Oliver M., Ciechanowski P., Ludman E.J., Bush T. y Young B. (2004). Relationship of Depression and Diabetes Self-care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care*, 27, 2154-2160.

Lloyd C., Smith J. y Weinger K. (2005). Stress and Diabetes: A review of the Links. *Diabetes Spectrum*, 18 (2). 121-127.

Lukács, A., Sasvári, P., Török, A. y Barkai, L. (2016). Generic and disease-specific quality of life in adolescents with type 1 diabetes: comparison to age-matched healthy peers. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 29(7), pp. 769-775.

Lukács, A.(a), Varga, B., Kiss-Tóth, E., Soós, A., y Barkai, L. (2014). Factors influencing the diabetes-specific health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Child Health Care*, 18(3), 253–260.

Martín Alfonso, L. y Abalo Grau, J.A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Red Psicología y Salud*, 2006.

Matlock, K.A., Yavah Jones, N.H., Corathers, S.D. y Kichler, J.C. (2017). Clinical and psychosocial factors associated with suicidal ideation in adolescents with type 1D. *Journal of Adolescent Health*. Oct; 61 (4), 471-477.

Mc Ewen B.S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*. Vol. 583, 2-3,7, April, 174-185.

Meeking, D.R. y Cavan, D.A. (2004). Alcohol ingestion and glycaemic control in patients with insulin-dependent Diabetes Mellitus. *Diabetic Medicine*, Vol. 14, Issue 4, 279-283.

Meliá J.L. (2007). Seguridad basada en el comportamiento. En Nogareda, D., Gracia, D.A., Martínez-Losa, J.F., Peiró, J.M., Duro, A., Salanova, M., Martínez, I.M., Lahera, M. y Meliá, J.L. *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Medidas Preventivas*. Págs. 157.180.

Mohajeri, S. y Riddell M.C. (2015). Advances in Exercise, Physical Activity and Diabetes Mellitus. *Diabetes Technology and Therapeutics*. Vol.17, supplement 1, 88-95.

Montoya Londoño, D.M. Pinilla Sepulveda, V.E. y Dussan Lubert, C. (2014) Caracterización de autoconcepto en una muestra de estudiantes universitarios de un

programa de pregrado en psicología de la ciudad de Manizales. *Psicogente*, Vol. 21, nº.39, 162-182.

Munkácsi, B., Papp, G., Felszeghy, E., et al. (2018). The associations between mental health, health-related quality of life and insulin pump therapy among children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 31(10), pp. 1065-1072.

Nefs, G., Speight, J., Pouwer, F., Pop, V., Bot, M. y Denollet, J. (2015). Type D personality, suboptimal health behaviors and emotional distress in adults with diabetes: Results from Diabetes MILES-The Netherlands. *Journal Diabetes Research and Clinical Practice*, 108: 94-105.

Nichols G.A. y Brown J.B. (2003). Unadjusted and Adjusted Prevalence of Diagnosed Depression in type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 26, 744-749.

Phillips, L.A., Cohen, J., Burns, E., Abrams, J. y Renninger S. (2016). Self-management of chronic illness: the role of 'habit' versus reflective factors in exercise and medication adherence. *Journal of Behavioral Medicine*. Dec, 39(6),1076-1091.

Pikonis, P.A. (1988). Personality Protoypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2(2), 144-152.

Plan Integral de Diabetes de Andalucía (Actualización 2016) PIDMA. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2016.

Polaino- Lorente, A. (1996). Tratamientos Eficaces en Diabetes. In: J.M. Buceta y A.M^a Bueno, ed., Tratamientos Psicológicos de hábitos y enfermedades. Ediciones Pirámide S.A., pp.545-562.

Polonsky W.H., Fisher L., Earles J., Dudl R.J., Lees J., Mullan J. y Jackson R.A. (2005). Assessing Psychosocial Distress in Diabetes: Development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*, 28, 626–631.

Pyatak, E.A., Sequeira, P., Peters, A.L., Montoya, L. y Weigensberg, M.J. (2013). Disclosure of psychosocial stressor saffecting diabetes care among uninsured young adults with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, Vol. 30, Issue 9, sept., 1140 – 1144.

Rassart, J., Luyckx, K., Klimstra, J.A., Moons, P., Groven, C. y Weets, I. (2014). Personality and illness adaptation in adults with type 1 diabetes: The intervening role of illness coping and perceptions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21, 41-55.

Rassart, J. (a), Luyckx, J., Moons, P. y Weets, I. (2014). Personality and self-esteem in emerging adults with type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 139-145.

Rassart, J. (b), Luyckx, K., Berg, C. A., Bijttebier, P., Moons, P., y Weets, I. (2015). Psychosocial functioning and glycemic control in emerging adults with Type 1 diabetes: A 5-year follow-up study. *Health Psychology, 34*(11), 1058-1065.

Rassart, J., Oris, L., Prikken, S., Weets, I, Moons, P. y Luycks, K. (c) (2018). Personality functioning in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes. *Journal of Adolescent Health, Vol.63, 6.* December 2018. 792-798.

Rechenberg, K., Whittemore, R., Holland, M., y Grey, M. (2017). General and diabetes-specific stress in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes research and clinical practice, 130*, 1–8.

Rodriguez Campuzano, M.L. y Rentería Rodríguez, A. (2016). Factores que impiden la Adherencia a un régimen terapéutico en diabetes: un análisis descriptivo. *Psicología y Salud, Vol. 26, N.1*, 51-62.

Rondón, J.E. y Zoraide, L. (2013). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, vol. 18, N° 3*, 193-207.

Roth, M. y Herzberg, P.Y. (2007): The resilient type: 'Simply the best' or merely an artifact of social desirability?. *Psychology Science, 49 (2)*: 150–167.

Sánchez Guarnido, A.J., Pino Osuna, M.J. y Herruzo Cabrera, F.J. (2015). Personality prototype as a risk factor for eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 325-330.

Sánchez, R.O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y supatología. *Psico-USF*, vol. 8, n.2, 163-173.

Sandford K. y Rivers A.S. (2020). Treatment Adherence Perception Questionnaire: Assessing patient perceptions regarding their adherence to medical treatment plans. *Psychological Assessment*, Vol. 32, No. 3: 227-238.

Sapolsky, R.M. (2004) ¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés. Alianza Editorial.

Scholte, R. H. J., van Lieshout, C. F. M., de Wit, C. A. M. y van Aken, M. A. G. (2005). Adolescent personality types and subtypes and their psychosocial adjustment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51(3), 258–286

Serra, E., Guanyabens, E. y Aguilera, E. (2013). Diagnóstico y manejo del paciente adulto con diabetes tipo 1A al inicio de la enfermedad. *Avances En Diabetología*, 29(2), 36-43.

Skovic, M., Rudan, V., Brajkovic, L. y Marcinko, D. (2010). Relationship among psychopathological dimensions, coping mechanisms and glycemic control in a

Croatian sample of adolescents with diabetes mellitus type 1. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 525-533.

Solía Cámara, P., Meela Lara, R.M., Moreno Jiménez, B., Palomero Chávez, A. y Juárez Rodríguez, P. (2017). Comparación de la salud subjetiva entre prototipos de personalidad recuperados en población general de México. *Acta Colombiana Psicológica*, 20 (2), 200-213.

Surwit R.S. , Van Tilburg M. , Zucker N. , McCaskill C.C., Parekh P., Feinglos M.N., Edwards C.L. , Williams P. y Lane J.D. (2002). Stress Management Improves Long-Term Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 25, 30-34.

Talbot F. y Nouwen A. (2000). A review the relationship between depression and diabetes in adults. *Diabetes Care*, 23, 1556-1562.

Vila Castelar, J. (1996) Una Introducción a la Psicofisiología Clínica. Editorial Pirámide, 1996.

Van Bastelaar, K.M.P., Pouwer, F., Geelhoed-Duijves-tijn, P.H.L.M., Tack, C.J., Bazelmans, E., Beekman, A.T., Heine, R.J. y Snoek, F.J. (2010). Diabetes-specific emotional distress mediates the association between depressive symptoms and glycaemic control in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 27, 798-803.

Van de Wiel (2004). Diabetes Mellitus and Alcohol. *Diabetes Metabololism*, Vol.20, Issue 4, 263-267.

Van Leeuwen, K., de Fruyt, F. y Mervielde, I. (2004). A longitudinal study of the utility of the resilient, overcontrolled and undercontrolled personality types as predictors of children's and adolescents' problem behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 28(3), 210–220.

Van Tilburg, M.A.L., McCaskill, C.C., Lane, J.D., Edwards, C.L., Bethek, A.MD., Feinglos, M.N. y Surwit, R.S. (2001). Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine* 63(4), July/August, 551-555.

Waller, D., Johnston, C., Molyneaux, L., Brown-Singh, L., Hatherly, K., Smith, L. y Overland, J. (2013). Glycemic control and blood glucose monitoring overtime in a sample of young australians with type 1 diabetes: The role of personality. *Diabetes Care*, 36, 2968-2973.

Wasserman, L.I. y Trifonova, E. (2006). Diabetes mellitus as a model of psychosomatic and somatopsychic interrelationships. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 9, No.1: 75-85.

Wheeler, K., Wagaman, A. y McCord, D. (2012). Personality traits as predictors of adherence in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 25: 66-74.

World Health Organization; Diabetes fact sheet, 2004.
http://hpt/NPH/doc/gs_diabetes.pdf.

Woon, L.SC., Sidi, H.B., Ravindran, A., Junggar Gosse, P., Mainland, R.L., Kaunismaa, E.S., Hatta, N.H., Arnawati, P., Zulkifli, A.Y., Mustafa N. y Bin Abdullah, M. (2020). Depression, anxiety, and associated factors in patients with diabetes: evidence from the anxiety, depression, and personality traits in diabetes mellitus (ADAPT-DM) study. *BMC Psychiatry*, 20, 227.

Yi-Frazier, J. P., Yaptangco, M., Semana, S., Buscaino, E., Thompson, V., Cochrane, K., Tabile, M., Alving, E., y Rosenberg, A. R. (2015). The association of personal resilience with stress, coping, and diabetes outcomes in adolescents with type 1 diabetes: variable- and person-focused approaches. *Journal of health psychology*, 20(9), 1196–1206.

Young-Hyman, D. L., Peterson, C. M., Fischer, S., Markowitz, J. T., Muir, A. B., y Laffel, L. M. (2016). Depressive Symptoms, Emotion Dysregulation, and Bulimic Symptoms in Youth With Type 1 Diabetes: Varying Interactions at Diagnosis and During Transition to Insulin Pump Therapy. *Journal of diabetes science and technology*, 10(4), 845–851.

ANEXOS

Anexos Estudio Descriptivo de Rasgos de Personalidad (Prototipos de Asendorpf) y Factores de Salud Psicológica en Dm1.

Anexo 1.- Resolución del comité ético.

Anexo 2.- Dossier de recogida de información Grupo de Casos.

Anexo 3.- Dossier de recogida de información Grupo Control.

Anexos Estudio Descriptivo de los Efectos del Estrés y la presencia de Trastorno Depresivo en la Diabetes Tipo 2.

Anexo 1: Dossier de Recogida de Información Grupo de Casos.

Anexo 2: Dossier de Recogida de Información Grupo Control.



Servicio Andaluz de Salud
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD
 Y POLÍTICAS SOCIALES**

Hospital Universitario Reina Sofía

Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 22 de diciembre de 2016 (Acta nº 259, ref. 3292), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "PERFILES DE PERSONALIDAD QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA EN DIABETES TIPO 1 Y LA INTERACCIÓN CON FACTORES DE SALUD PSICOLÓGICA", Cód. Protocolo 0911-N-16, Protocolo y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado versión 2 de 05/12/16, en el que figura como investigador principal, doña M^a del Carmen Sánchez Urbano, adscrita al Servicio/UGC Endocrinología y Nutrición HURS, habiendo considerado los integrantes de dicho Comité que el citado proyecto respeta los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, demostrando sus autores conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar, estando bien definidos sus objetivos y siendo adecuada su metodología, por lo que hacen constar la viabilidad en todos sus términos del proyecto de investigación, estimando que los resultados pueden ser de gran interés.

Se hace constar, de acuerdo con el artículo 27,5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que la presente certificación se emite con anterioridad a la aprobación del acta correspondiente.

En Córdoba, a 16 de enero de 2017

EL SECRETARIO

Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CÓRDOBA
 CONSEJERÍA DE SALUD
 CÓRDOBA

Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía



Gregorio Jurado Cáliz, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba, comité constituido a tenor de lo establecido en el Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica de Andalucía (BOJA núm. 251 de 27 de diciembre) del que es Presidenta Inmaculada Concepción Herrera Arroyo

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité de Ética de Investigación de Córdoba celebrada el día 22 de diciembre de 2016 (Acta nº 259, ref. 3292), se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación, titulado: "PERFILES DE PERSONALIDAD QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA EN DIABETES TIPO 1 Y LA INTERACCIÓN CON FACTORES DE SALUD PSICOLÓGICA", Cód. Protocolo 0911-N-16, Protocolo y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado versión 2 de 05/12/16, en el que figura como investigador principal, doña M^a del Carmen Sánchez Urbano, adscrita al Servicio/UGC Endocrinología y Nutrición HURS.

El Comité de Ética de la Investigación de Córdoba está constituido por los siguientes vocales:

PRESIDENTA

Dña. Inmaculada Concepción Herrera Arroyo. Jefe de Servicio Hematología del HURS

VICEPRESIDENTE

D. José Luis Barranco Quintana. FEA Medicina Preventiva del HURS.

SECRETARIO

D. Gregorio Jurado Cáliz. Técnico de Función Administrativa. Licenciado en Derecho del HURS

VOCALES

D. Javier Caballero Villarraso, FEA Bioquímica Clínica del HURS

D. Rafael Segura Saint-Gerons. Odontólogo C.S. La Carlota. Distrito Sanitario Guadalquivir

Dña. Esther Pacheco Rodríguez. FEA Farmacología HURS

Dña. Sonia García Cabezas. FEA Oncología Radioterápica del HURS

D. Félix Igea Arisqueta. Médico de Familia Área Sanitaria Norte de Córdoba

D. Manuel Jesús Cárdenas Aranzana. Farmacéutico Hospitalario del HURS

Dña. María Pleguezuelo Navarro. FEA Digestivo del HURS

D. Antonio Díaz Valenzuela. Enfermero de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir. CHARE Puente Genil.

D. Pedro José Rodríguez Fernández. FEA Traumatología de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla.

Dña. María Mercedes Gil Campos. FEA Pediatría del HURS

Dña. Beatriz García Robredo. Farmacéutica de Atención Primaria del Área Sanitaria Norte

Dña. Inés Carmen Rodríguez García. Enfermera del HURS

D. Miguel Ángel Romero Moreno. FEA Cardiología del HURS

D. Eduardo Morán Fernández. FEA Medicina Intensiva H Infanta Margarita de Cabra

Dña. Eva M^a Rojas Calvo. Auxiliar Administrativo HURS. Licenciada en Derecho

D. Carlos José Pérula de Torres. Enfermero de Familia de Atención Primaria. Distrito Sanitario Córdoba

D. Juan Manuel Parras Rejano. Médico de Familia EBAP, Área Sanitaria Norte de Córdoba

Que dicho Comité está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

En Córdoba, a 16 de enero de 2017

EL SECRETARIO

Fdo.: Gregorio Jurado Cáliz

LA PRESIDENTA

Fdo.: Inmaculada Concepción Herrera Arroyo



DOSIER RECOGIDA DATOS MUESTRA DE CASOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Colaborador:

Ha sido invitado a participar en el estudio titulado “Perfiles de Personalidad que favorecen la Adherencia en Diabetes Tipo 1 y la Interacción con Factores de Salud Psicológica”, llevado a cabo por el Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba, dentro de la realización de la Tesis Doctoral de Carmen Sánchez Urbano, Lda. en Psicología; tesis dirigida por D. Javier Herruzo Cabrera y por Dña. María José Pino Osuna.

El objetivo es estudiar los rasgos de personalidad, ciertos factores psicológicos como síntomas de ansiedad o depresión y el autocuidado de la Diabetes Tipo 1, en la búsqueda de información que ayude a mejorar esta última.

La aceptación a participar consiste en rellenar el presente dossier. Este dossier está formado por una entrevista de datos antropométricos y de hábitos, 4 cuestionarios relativos a personalidad y factores de salud psicológica, un autoinforme de automanejo de la enfermedad y los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}). La participación en esta actividad es voluntaria. Puede negarse a participar en cualquier momento en el estudio sin que deba dar razones para ello. Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con un número asignado a cada participante.

No obstante, si un participante quisiera que se le entregara un informe de sus resultados, puede hacerlo indicando un correo electrónico al que se le enviaría. La identidad (entendida como el correo electrónico) de los participantes que deseen obtener el informe de sus resultados sólo estará disponible para el personal del proyecto se mantendrá completamente confidencial. Los datos estarán bajo custodia del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas. Todos los nuevos hallazgos significativos desarrollados durante el curso de la investigación le serán entregados a Usted. Además se entregará un informe con los resultados globales una vez realizada la investigación.

Los beneficios directos de la participación serían intentar desarrollar programas de intervención más eficaces para mejorar el auto-manejo y pronóstico de la Diabetes Tipo 1.

Las informaciones recolectadas no serán usadas para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

Cualquier pregunta que Usted desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar con Carmen Sánchez, en el email carmensanchezps@hotmail.com.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación "Perfiles de Personalidad que favorecen la Adherencia en Diabetes Tipo 1 y la Interacción con Factores de Salud Psicológica", realizada por el Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante de modo personal.

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable y será utilizada solo para este estudio.

.....
Carmen Sánchez Urbano (Colegiada AN-05125)

Nombre del investigador

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized 'S' followed by a horizontal line that loops back under the 'S'.

Firma

ANAMNESIS GENERAL

- Edad: _____ años.
- Sexo: H / M
- Nivel estudios:
- Profesión (ocupación): _____
- Estado civil: _____

Datos antropométricos

- IMC (a cumplimentar por equipo investigador): _____ kg/m²
 - Peso: _____ Kg.
 - Talla: _____ cm.

Hábitos

- Consumo de alcohol: SI () NO ()
 - Días a la semana que consumo alcohol: _____ días.
 - ¿Qué tipo y cantidad de bebidas alcohólicas consumo?
 - Tipo de bebida: Vino () Cerveza () Destilados /
Copas ()

- Cantidad: Número consumiciones vino / cerveza: _____
Número de copas: _____
- Consumo de tabaco: SI () NO ()
 - Número de cigarrillos /día: _____ cigarrillos.
- Dieta:
 - ¿Cómo valoras el seguimiento de una dieta adecuada? (Marca con una “x”)
 - Deficiente (me cuesta mucho seguir las indicaciones de una dieta adecuada para la diabetes): _____
 - Regular (conozco las recomendaciones /indicaciones para llevar una correcta dieta pero en ocasiones no las cumplo): _____
 - Adecuada (conozco y sigo de manera correcta las recomendaciones /indicaciones de una correcta dieta para la diabetes): _____
- Realización de ejercicio físico
 - ¿Cuántas veces a la semana realizas ejercicio físico?

_____ veces /semana.

- ¿Qué tipo de ejercicio físico realizas?

HISTORIA DE DIABETES

- Año de diagnóstico: _____
- Duración de la Diabetes: _____ años.
- *TRATAMIENTO*
 - Patrón administración insulina:
 - Número administraciones insulina al día: _____ veces /día.
 - Patrón monitorización insulina
 - ¿Cuántas veces al día compruebas tu nivel de glucemia?
_____ veces /día.
- ¿He recibido algún tipo de educación diabetológica? SI / NO
 - ¿Cómo valoro mi conocimiento respecto a la diabetes (complicaciones, síntomas de bajadas o subidas de glucosa, medidas de autocuidado...)?

Pobre/Escaso () Normal/Adecuado () Muy adecuado ()

- Número de hipoglucemias que he tenido: _____

- Complicaciones derivadas de la diabetes (marcar con una “x” las complicaciones que se hayan sufrido):
 - Retinopatía: ()
 - Nefropatía: ()
 - Neuropatía : ()
 - Complicaciones macrovasculares (enfermedades cardiovasculares) : ()

- Nivel HbA_{1C} en la última analítica: _____ %

¿CÓMO ES MI PERSONALIDAD?

INVENTARIO DE PERSONALIDAD NEO-FFI-R

Este inventario consta de 60 ítems. Lea cada frase con atención y marque en la hoja de respuestas la alternativa que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con lo que dice la frase. Señale:

1= En total desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Neutral	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
---------------------------	---------------------	------------	---------------	-----------------------------

No hay respuestas correctas ni incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la

manera más precisa posible. Dé una respuesta a todas las frases. Si se equivoca o cambia de opinión, tache y escriba la nueva opción.

1 (1)	Yo no soy una persona que se preocupa mucho	
2 (6)	Me enfado a menudo por la forma en que me tratan los demás	
3 (7)	No me gustan las multitudes	
4 (11)	Raramente me siento solo (a)	
5 (14)	Algunas personas piensan que soy interesado (a) y egoísta	
6 (15)	Trato de hacer mi trabajo concienzudamente / <i>lo mejor posible</i>	
7 (23)	A menudo me gusta pensar en teorías o ideas abstractas	
8 (25)	Soy bastante hábil para marcarme un ritmo para hacer el trabajo a tiempo	
9 (26)	A veces me siento indefenso/a y deseo que otros resuelvan mis problemas	
10(28)	Escuchar conferenciantes polémicos sólo confunde y engaña a los estudiantes	
11(32)	No me gusta demasiado hablar con la gente	
12(37)	Me gusta tener muchas personas a mi alrededor	
13(39)	Si es necesario, manipularía a la gente para conseguir lo que quisiese	
14(40)	Mantengo mis cosas ordenadas y limpias	
15(41)	Algunas veces me siento completamente inútil	
16(44)	Trato de ser cortés con todo el mundo que conozco	
17(45)	Algunas veces no soy tan formal ni digno de confianza como debiera	
18(48)	Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones	
19(50)	Tengo una serie de metas y me esfuerzo por alcanzarlas de forma ordenada	
20(55)	Pierdo mucho tiempo antes de ponerme a trabajar	
21(59)	Tengo una actitud obstinada y decidida / tenaz	
22(61)	Raramente me siento aprensivo (a) o inquieto (a)	
23(71)	Casi nunca estoy triste o deprimido (a)	
24(74)	Algunas personas me consideran frío(a) y calculador (a)	
25(76)	A veces me he sentido tan avergonzado (a) que sólo quería esconderme	
26(84)	Pienso que soy mejor que la mayoría de las personas y estoy seguro (a) de ello	
27(85)	Soy una persona productiva que siempre cumple con el trabajo	

28(86)	Si estoy presionado, algunas veces me siento como si me rompiera en pedazos	
29(91)	Con frecuencia me siento tenso(a) y alterado(a)	
30(95)	Con frecuencia me meto en situaciones para las que no estoy totalmente preparado	
31(98)	Me intrigan las semejanzas que encuentro entre el arte y la naturaleza	
32(104)	Generalmente, trato de ser atento(a) y considerado(a)	
33(107)	Frecuentemente me siento lleno de energía	
34(109)	Si alguien no me gusta, se lo digo	
35(110)	Trabajo duro para conseguir mis objetivos	
36(122)	Verdaderamente disfruto hablando con la gente	
37(123)	Verdaderamente disfruto concentrándome en una fantasía y de explorar todas sus posibilidades, permitiéndola crecer y desarrollarse	
38(127)	Prefiero trabajos en solitario, sin que otros me molesten	
39(128)	La poesía no me afecta	
40(130)	Parece que nunca puedo organizarme	
41(133)	Experimento una gran variedad de emociones y sentimientos	
42(135)	Cuando me comprometo, siempre se puede esperar que cumpla	
43(139)	Si me han insultado, sólo trato de perdonar y olvidar	
44(142)	Quiero estar donde se encuentre la acción	
45(162)	Preferiría seguir mi camino que ser líder de los demás	
46(163)	Raramente me doy cuenta de los estados de ánimo o emociones que producen ambientes diferentes	
47(169)	Si alguien comienza una pelea, estoy preparado(a) para luchar	
48(173)	Tengo poco interés en pensar sobre la naturaleza del universo y la condición humana	
49(177)	Soy una persona alegre y animada	
50(184)	Tiendo a suponer lo mejor sobre la gente	
51(186)	A veces me he sentido amargado(a) y resentido(a)	
52(188)	Algunas veces cuando leo poesía o miro una obra de arte, siento un escalofrío o una emoción	

53(189)	A veces intimidado o adulo a la gente para que hagan lo que quiero	
54(197)	Mi vida es muy agitada	
55(200)	Me esfuerzo por hacerlo todo bien	
56(203)	Tengo mucha curiosidad intelectual	
57(213)	Me sería difícil dejar que me mente vagara sin control o dirección	
58(221)	Frecuentemente y cuando las cosas van mal, me desanimo y tengo ganas de rendirme	
59(227)	Soy una persona muy activa	
60(237)	Me río fácilmente	

CORE

A continuación encontrarás 34 frases. Lee cada frase y piensa con qué frecuencia te has sentido así durante los últimos 7 días. Después marca (con una “x”) la casilla que mejor lo refleje:

0= Nunca / 1= Muy pocas veces / 2= Algunas veces / 3= Muchas veces / 4= Siempre o casi siempre.

	0	1	2	3	4
1.- Me he sentido muy solo/a y aislado/a (F)					
2.- Me he sentido tenso/a, ansioso/a o nervioso/a (P)					
3.- He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado (F)					
4.- Me he sentido bien conmigo mismo/a (W)					
5.- Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo (P)					
6.- He sido violento/a físicamente hacia los demás (R)					
7.- Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal (F)					
8.- He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos (P)					
9.- He pensado en hacerme daño a mi mismo/a (R)					
10.- Me ha costado mucho hablar con la gente (F)					
11.- La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes (P)					
12.- Me he sentido satisfecho/a con las cosas que he hecho (F)					
13.- Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados (P)					
14.- He tenido ganas de llorar (W)					
15.- He sentido pánico o terror (P)					
16.- He hecho planes para acabar con mi vida (R)					
17.- Me he sentido agobiado/a por mis problemas (W)					
18.- He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido/a (P)					
19.- He sentido afecto o cariño por alguien (F)					
20.- Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas (P)					

21.- He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer (F)					
22.- He amenazado o intimidado a otra persona (R)					
23.- Me he sentido desesperado/a o sin esperanza (P)					
24.- He pensado que sería mejor que estuviera muerto/a (R)					
25.- Me he sentido criticado/a por los demás (F)					
26.- He pensado que no tengo amigos (F)					
27.- Me he sentido infeliz (P)					
28.- Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados (P)					
29.- Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas (F)					
30.- He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades (P)					
31.- Me he sentido optimista sobre el futuro (W)					
32.- He conseguido las cosas que quería (F)					
33.- Me he sentido humillado/a o avergonzado/a por otras personas (F)					
34.- Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud (R)					

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección (se puntuará 0-1-2-3). Marque con una “x” al lado de la afirmación elegida.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

En este cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique, con una “x” cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido				
2 Acalorado				
3 Con temblor en las piernas				
4 Incapaz de relajarse				
5 Con temor a que ocurra lo peor				
6 Mareado, o que se le va la cabeza				
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8 Inestable				
9 Atemorizado o asustado				
10 Nervioso				
11 Con sensación de bloqueo				
12 Con temblores en las manos				
13 Inquieto, inseguro				
14 Con miedo a perder el control				
15 Con sensación de ahogo				
16 Con temor a morir				
17 Con miedo				
18 Con problemas digestivos				
19 Con desvanecimiento				
20 Con rubor facial				
21 Con sudores fríos o calientes				

DOSSIER RECOGIDA DATOS MUESTRA CONTROL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Colaborador:

Ha sido invitado a participar en el estudio titulado “Perfiles de Personalidad que favorecen la Adherencia en Diabetes Tipo 1 y la Interacción con Factores de Salud Psicológica”, llevado a cabo por el Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba, dentro de la realización de la Tesis Doctoral de Carmen Sánchez Urbano, Lda. en Psicología; tesis dirigida por D. Javier Herruzo Cabrera y por Dña. María José Pino Osuna.

El objetivo es estudiar los rasgos de personalidad, ciertos factores psicológicos como síntomas de ansiedad o depresión y el autocuidado de la Diabetes Tipo 1, en la búsqueda de información que ayude a mejorar esta última.

La aceptación a participar consiste en rellenar el presente cuestionario. La participación en esta actividad es voluntaria. Puede negarse a participar en cualquier momento en el estudio sin que deba dar razones para ello. Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con un número asignado a cada participante.

No obstante, si un participante quisiera que se le entregara un informe de sus resultados, puede hacerlo indicando un correo electrónico al que se le enviaría. La identidad (entendida como el correo electrónico) de los participantes que deseen obtener el informe de sus resultados sólo estará disponible para el personal del proyecto se mantendrá completamente confidencial. Los datos estarán bajo custodia del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas. Todos los nuevos hallazgos significativos desarrollados durante el curso de la investigación le serán entregados a Usted. Además se entregará un informe con los resultados globales una vez realizada la investigación.

Los beneficios directos de la participación serían intentar desarrollar programas de intervención más eficaces para mejorar el auto-manejo y pronóstico de la Diabetes Tipo 1.

Las informaciones recolectadas no serán usadas para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

Cualquier pregunta que Usted desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar con Carmen Sánchez, en el email carmensanchezps@hotmail.com.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación “Perfiles de Personalidad que favorecen la Adherencia en Diabetes Tipo 1 y la Interacción con Factores de Salud Psicológica”, realizada por el Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante de modo personal.

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable y será utilizada solo para este estudio.

.....
Carmen Sánchez Urbano (Colegiada AN-05125)

Nombre del investigador



Firma

ANAMNESIS GENERAL

- Edad: _____ años.
- Sexo: H / M
- Nivel estudios:
- Profesión (ocupación): _____
- Estado civil: _____

Datos antropométricos

- IMC (a cumplimentar por equipo investigador): _____ kg/m²
 - Peso: _____ Kg.
 - Talla: _____ cm.

Hábitos

- Consumo de alcohol: SI () NO ()
 - Días a la semana que consumo alcohol: _____ días.
 - ¿Qué tipo y cantidad de bebidas alcohólicas consumo?
 - Tipo de bebida: Vino () Cerveza () Destilados /
Copas ()

- Cantidad: Número consumiciones vino / cerveza: _____
Número de copas: _____
- Consumo de tabaco: SI () NO ()
 - Número de cigarrillos /día: _____ cigarrillos.
- Dieta:
 - ¿Cómo valoras el seguimiento de una dieta adecuada? (Marca con una “x”)
 - Deficiente (me cuesta mucho seguir las indicaciones de una dieta adecuada para la diabetes): _____
 - Regular (conozco las recomendaciones /indicaciones para llevar una correcta dieta pero en ocasiones no las cumplo): _____
 - Adecuada (conozco y sigo de manera correcta las recomendaciones /indicaciones de una correcta dieta para la diabetes): _____
- Realización de ejercicio físico
 - ¿Cuántas veces a la semana realizas ejercicio físico?

_____ veces /semana.

- ¿Qué tipo de ejercicio físico realizas?

- *ENFERMEDADES Y TRATAMIENTO*

- ¿Padeces algún tipo de enfermedad? Si () No ()

- ¿Cuál?

- ¿Desde cuándo?

- ¿Cómo valoras las exigencias que te demanda su autocuidado o tratamiento?

Muy costoso () Costoso () Llevadero () Fácil () Muy fácil ()

¿CÓMO ES MI PERSONALIDAD?

INVENTARIO DE PERSONALIDAD NEO-FFI-R

Este inventario consta de 60 ítems. Lea cada frase con atención y marque en la hoja de respuestas la alternativa que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con lo que dice la frase. Señale:

1= En total desacuerdo	2= En desacuerdo	3= Neutral	4= De acuerdo	5= Totalmente de acuerdo
---------------------------	---------------------	---------------	---------------	-----------------------------

No hay respuestas correctas ni incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. Dé una respuesta a todas las frases. Si se equivoca o cambia de opinión, tache y escriba la nueva opción.

1 (1)	Yo no soy una persona que se preocupa mucho	
2 (6)	Me enfado a menudo por la forma en que me tratan los demás	
3 (7)	No me gustan las multitudes	
4 (11)	Raramente me siento solo (a)	
5 (14)	Algunas personas piensan que soy interesado (a) y egoísta	
6 (15)	Trato de hacer mi trabajo concienzudamente / <i>lo mejor posible</i>	
7 (23)	A menudo me gusta pensar en teorías o ideas abstractas	
8 (25)	Soy bastante hábil para marcarme un ritmo para hacer el trabajo a tiempo	
9 (26)	A veces me siento indefenso/a y deseo que otros resuelvan mis problemas	
10(28)	Escuchar conferenciantes polémicos sólo confunde y engaña a los estudiantes	
11(32)	No me gusta demasiado hablar con la gente	
12(37)	Me gusta tener muchas personas a mi alrededor	
13(39)	Si es necesario, manipularía a la gente para conseguir lo que quisiese	

14(40)	Mantengo mis cosas ordenadas y limpias	
15(41)	Algunas veces me siento completamente inútil	
16(44)	Trato de ser cortés con todo el mundo que conozco	
17(45)	Algunas veces no soy tan formal ni digno de confianza como debiera	
18(48)	Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevas aficiones	
19(50)	Tengo una serie de metas y me esfuerzo por alcanzarlas de forma ordenada	
20(55)	Pierdo mucho tiempo antes de ponerme a trabajar	
21(59)	Tengo una actitud obstinada y decidida / tenaz	
22(61)	Raramente me siento aprensivo (a) o inquieto (a)	
23(71)	Casi nunca estoy triste o deprimido (a)	
24(74)	Algunas personas me consideran frío(a) y calculador (a)	
25(76)	A veces me he sentido tan avergonzado (a) que sólo quería esconderme	
26(84)	Pienso que soy mejor que la mayoría de las personas y estoy seguro (a) de ello	
27(85)	Soy una persona productiva que siempre cumple con el trabajo	
28(86)	Si estoy presionado, algunas veces me siento como si me rompiera en pedazos	
29(91)	Con frecuencia me siento tenso(a) y alterado(a)	
30(95)	Con frecuencia me meto en situaciones para las que no estoy totalmente preparado	
31(98)	Me intrigan las semejanzas que encuentro entre el arte y la naturaleza	
32(104)	Generalmente, trato de ser atento(a) y considerado(a)	
33(107)	Frecuentemente me siento lleno de energía	
34(109)	Si alguien no me gusta, se lo digo	
35(110)	Trabajo duro para conseguir mis objetivos	
36(122)	Verdaderamente disfruto hablando con la gente	
37(123)	Verdaderamente disfruto concentrándome en una fantasía y de explorar todas sus posibilidades, permitiéndola crecer y desarrollarse	
38(127)	Prefiero trabajos en solitario, sin que otros me molesten	
39(128)	La poesía no me afecta	
40(130)	Parece que nunca puedo organizarme	
41(133)	Experimento una gran variedad de emociones y sentimientos	

42(135)	Cuando me comprometo, siempre se puede esperar que cumpla	
43(139)	Si me han insultado, sólo trato de perdonar y olvidar	
44(142)	Quiero estar donde se encuentre la acción	
45(162)	Preferiría seguir mi camino que ser líder de los demás	
46(163)	Raramente me doy cuenta de los estados de ánimo o emociones que producen ambientes diferentes	
47(169)	Si alguien comienza una pelea, estoy preparado(a) para luchar	
48(173)	Tengo poco interés en pensar sobre la naturaleza del universo y la condición humana	
49(177)	Soy una persona alegre y animada	
50(184)	Tiendo a suponer lo mejor sobre la gente	
51(186)	A veces me he sentido amargado(a) y resentido(a)	
52(188)	Algunas veces cuando leo poesía o miro una obra de arte, siento un escalofrío o una emoción	
53(189)	A veces intimido o adulo a la gente para que hagan lo que quiero	
54(197)	Mi vida es muy agitada	
55(200)	Me esfuerzo por hacerlo todo bien	
56(203)	Tengo mucha curiosidad intelectual	
57(213)	Me sería difícil dejar que me mente vagara sin control o dirección	
58(221)	Frecuentemente y cuando las cosas van mal, me desanimo y tengo ganas de rendirme	
59(227)	Soy una persona muy activa	
60(237)	Me río fácilmente	

CORE

A continuación encontrarás 34 frases. Lee cada frase y piensa con qué frecuencia te has sentido así durante los últimos 7 días. Después marca (con una “x”) la casilla que mejor lo refleje:

0= Nunca / 1= Muy pocas veces / 2= Algunas veces / 3= Muchas veces / 4= Siempre o casi siempre.

	0	1	2	3	4
1.- Me he sentido muy solo/a y aislado/a (F)					
2.- Me he sentido tenso/a, ansioso/a o nervioso/a (P)					
3.- He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado (F)					
4.- Me he sentido bien conmigo mismo/a (W)					
5.- Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo (P)					
6.- He sido violento/a físicamente hacia los demás (R)					
7.- Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal (F)					
8.- He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos (P)					
9.- He pensado en hacerme daño a mi mismo/a (R)					
10.- Me ha costado mucho hablar con la gente (F)					
11.- La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes (P)					
12.- Me he sentido satisfecho/a con las cosas que he hecho (F)					
13.- Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados (P)					
14.- He tenido ganas de llorar (W)					
15.- He sentido pánico o terror (P)					
16.- He hecho planes para acabar con mi vida (R)					
17.- Me he sentido agobiado/a por mis problemas (W)					
18.- He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido/a (P)					
19.- He sentido afecto o cariño por alguien (F)					
20.- Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas (P)					

21.- He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer (F)					
22.- He amenazado o intimidado a otra persona (R)					
23.- Me he sentido desesperado/a o sin esperanza (P)					
24.- He pensado que sería mejor que estuviera muerto/a (R)					
25.- Me he sentido criticado/a por los demás (F)					
26.- He pensado que no tengo amigos (F)					
27.- Me he sentido infeliz (P)					
28.- Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados (P)					
29.- Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas (F)					
30.- He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades (P)					
31.- Me he sentido optimista sobre el futuro (W)					
32.- He conseguido las cosas que quería (F)					
33.- Me he sentido humillado/a o avergonzado/a por otras personas (F)					
34.- Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud (R)					

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección (se puntuará 0-1-2-3). Marque con una “x” al lado de la afirmación elegida.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

En este cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique, con una “x” cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido				
2 Acalorado				
3 Con temblor en las piernas				
4 Incapaz de relajarse				
5 Con temor a que ocurra lo peor				
6 Mareado, o que se le va la cabeza				
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8 Inestable				
9 Atemorizado o asustado				
10 Nervioso				
11 Con sensación de bloqueo				
12 Con temblores en las manos				
13 Inquieto, inseguro				
14 Con miedo a perder el control				
15 Con sensación de ahogo				
16 Con temor a morir				
17 Con miedo				
18 Con problemas digestivos				
19 Con desvanecimiento				
20 Con rubor facial				
21 Con sudores fríos o calientes				

CUADERNO DE

RECOGIDA DE DATOS

**Proyecto: Estudio descriptivo de trastornos
afectivos en Diabetes Tipo 2.**

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes que han dado libremente su consentimiento informado, después de haberseles explicado la naturaleza del estudio y el tratamiento sus datos. SI () NO ()
- Pacientes de ambos sexos con edades entre 30 y 80 años SI () NO ()
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 SI () NO ()
- Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl (7mmol/L) SI () NO ()
- Hb1Ac $\geq 6.5\%$ SI () NO ()

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no puedan cumplir con los requisitos establecidos en el protocolo (alteraciones psíquicas y/o cognitivas, pacientes no colaboradores, limitaciones educacionales y de comprensión del lenguaje) SI () NO ()

FICHA CLÍNICADatos identificativos y socio-demográficos

Fecha de la entrevista: ____/____/____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Hombre () Mujer ()

Nivel de estudios: Sin estudios () Estudios 1^{os} () Estudios 2^{os} () Universitarios ()Evaluación clínica

Diabetes tipo 2: SI () NO () Año de diagnóstico: ____/____/____

Hipertensión: SI () NO () Año de diagnóstico: ____/____/____ Nivel:

Dislipidemia: SI () NO () Año de diagnóstico: ____/____/____

Consumo de alcohol

- Nunca ()
- N° vasos de vino consumidos durante la semana ()
- N° cañas de cerveza durante la semana ()
- Ex bebedor: () Años: _____

Tabaquismo

- No fumador ()
- Fumador () Cigarrillos/día: _____
- Ex fumador () Años: _____

Actividad física

- Nunca practica deporte ()
- Practica deporte () Horas/semana: _____
- Nunca voy a andar ()
- Andar:

Antecedentes familiares de diabetes:

NO () SI (): Padres () Hermanos/as () Tíos/as ()

Exploración física

Talla: _____ cm

Peso: _____ Kg.

Perímetro de cintura: _____ cm

Lesiones macrovasculares

- Coronarias: Infarto () ANGOR ()
- Periféricas: Isquemia ()
- Accidentes cerebrovasculares: - Dejan secuela ()
- Trastorno isquémico transitorio (TIA): ()

Lesiones microvasculares:

- Oftalmológicas: ¿Acude al oftalmólogo? SI () NO ()
¿Le han dado láser? SI () NO ()
- Renales: ¿Tiene problemas de la función renal? SI () NO ()
- Neurológicas: ¿Tiene problemas de sensibilidad en manos y pies? SI () NO ()
- ¿Tiene problemas de erección? SI () NO ()
- Pie diabético: Úlceras () Amputaciones ()

Analítica

- Glucosa plasmática en ayunas _____ mg/dl
- Colesterol total _____ mg/dl
- HDL _____ mg/dl
- LDL _____ mg/dl
- Insulina _____ mcU/ml
- Hb1Ac _____ %

Tratamiento

- ¿Qué tratamiento está tomando actualmente para la DM2?

HARVARD DEPARTMENT OF PSYCHIATRY /NATIONAL DEPRESSION SCREENING DAY
(HANDS)

Las últimas dos semanas, ¿cómo ha estado de molesto/a por alguno de los siguientes problemas?

Marque con una "X" la opción que corresponda:

	Nada de tiempo	Algunos días	Más de la mitad de los días	Aproximadamente todos los días
1.- Poco interés o placer por hacer cosas. Sentimientos de baja energía.				
2.- Bajo ánimo, depresivo o desesperanza.				
3.- Problemas para dormirse o para permanecer dormido, o dormir demasiado.				
4.- Sentirse cansado o con poca energía.				
5.- Poco apetito o sobre-ingesta.				
6.- Sentimientos negativos sobre uno mismo, que uno es un fracaso. Se ha defraudado a sí mismo o a la familia.				
7.- Problemas de concentración en cosas, tal como, leer el periódico o ver la televisión.				
8.- Movimiento o lenguaje tan lento que otra gente podría notarlo. O lo opuesto, estar tan inquieto o intranquilo que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.				
9.- Pensamientos de que estaría mejor muerto. Deseo de herirse a sí mismo de alguna manera.				
10.- Si tiene algún problema, ¿cuánta dificultad tiene para hacer su trabajo, realizar las actividades domésticas o tener buenas relaciones	Ninguna dificultad () Alguna dificultad () Mucha dificultad ()			

sociales?	Extremada dificultad ()
-----------	--------------------------

DATOS PSICOLÓGICOS O DE AFRONTAMIENTO

- ✓ Me siento sobrecargado o agotado por la atención que requiere vivir con diabetes:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ Siento que mi doctor no me da recomendaciones suficientemente específicas para controlar mi diabetes:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ Siento que mis amigos o familiares no me dan suficiente apoyo para mi cuidado:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ Siento que haga lo que haga tendré alguna complicación seria con efectos a largo plazo:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ No estoy manteniendo un régimen dietético saludable, ni realizo ejercicio físico suficiente:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ No tengo motivación para mis actividades del día a día (tareas domésticas, trabajo, cuidado de otros familiares...)
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

FICHA CLÍNICA DEL GRUPO CONTROLDatos identificativos y socio-demográficos

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Hombre () Mujer ()

Evaluación clínica

*¿Padece alguna enfermedad? _____

Consumo de alcohol

- Nunca ()
- N° vasos de vino consumidos durante la semana ()
- N° cañas de cerveza durante la semana ()
- Ex bebedor: () Años: _____

Tabaquismo

- No fumador ()
- Fumador () Cigarrillos/día: _____
- Ex fumador () Años: _____

Actividad física

- Nunca practica deporte ()
- Practica deporte () Horas/semana: _____
- Nunca voy a andar ()
- Andar:

Exploración física

Talla: _____ cm.

Peso: _____ Kg.

HARVARD DEPARTMENT OF PSYCHIATRY /NATIONAL DEPRESSION SCREENING DAY
(HANDS)

Las últimas dos semanas, ¿cómo ha estado de molesto/a por alguno de los siguientes problemas?

Marque con una "X" la opción que corresponda:

	Nada de tiempo	Algunos días	Más de la mitad de los días	Aproximadamente todos los días
1.- Poco interés o placer por hacer cosas. Sentimientos de baja energía.				
2.- Bajo ánimo, depresivo o desesperanza.				
3.- Problemas para dormirse o para permanecer dormido, o dormir demasiado.				
4.- Sentirse cansado o con poca energía.				
5.- Poco apetito o sobre-ingesta.				
6.- Sentimientos negativos sobre uno mismo, que uno es un fracaso. Se ha defraudado a sí mismo o a la familia.				
7.- Problemas de concentración en cosas, tal como, leer el periódico o ver la televisión.				
8.- Movimiento o lenguaje tan lento que otra gente podría notarlo. O lo opuesto, estar tan inquieto o intranquilo que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.				
9.- Pensamientos de que estaría mejor muerto. Deseo de herirse a sí mismo de alguna manera.				
10.- Si tiene algún problema, ¿cuánta dificultad tiene para hacer su trabajo, realizar las actividades domésticas o tener buenas relaciones sociales?	Ninguna dificultad () Alguna dificultad () Mucha dificultad () Extremada dificultad ()			

DATOS PSICOLÓGICOS O DE AFRONTAMIENTO

- ✓ Me siento sobrecargado o agotado por la atención que requiere mi salud:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ Siento que mi doctor no me da recomendaciones suficientemente específicas para controlar mi salud:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ Siento que no tengo el suficiente apoyo social por parte de mis amigos o familiares:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ Me encuentro preocupado por mi salud y sus consecuencias a largo plazo:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ Estoy manteniendo un régimen dietético saludable y realizo ejercicio físico suficiente:
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

- ✓ Tengo motivación para mis actividades del día a día (tareas domésticas, trabajo, cuidado de otros familiares...)
Mucho (5) Bastante (4) Algo (3) Poco (2) Muy poco (1)

-