



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**Facultad de Psicología**

**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO  
EN PACIENTES CON DIABETES DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2018**

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología con  
mención en Psicología Clínica

**AUTOR**

**Montoya Juro, Carlos Jesús**

**ASESOR**

**De la Cruz Valdiviano, Carlos**

**JURADO**

**Pinto Herrera, Florita**

**Franco Guanilo, Roxana**

**Flores Vásquez, Elizabeth**

**Lima – Perú**

**2019**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Jesús Montoya y Sabina Juro.

A mi hermana Claudia Montoya y a su esposo Alfredo Quispe. Así como a las personas más cercanas que me acompañan en mi desarrollo personal.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por brindarme la formación científica, humanista y ética. Así como a la facultad de psicología que contribuyeron a mi desarrollo personal durante los años de estudio de pregrado.

A mi asesor, el Dr. De la Cruz Valdiviano, Carlos, por su orientación y apoyo durante la elaboración del presente trabajo.

A la institución hospitalaria donde se obtuvo la muestra para el presente estudio, así como a sus autoridades y personales de salud que me brindaron el espacio y el tiempo para el desarrollo de la investigación.

A las personas que accedieron a formar parte de la investigación, por su tiempo, paciencia y amabilidad durante la evaluación.

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO EN  
PACIENTES CON DIABETES DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2018

Montoya Juro, Carlos Jesús

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Federico Villarreal

RESUMEN

En la presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la inteligencia emocional, así como sus dimensiones con la adherencia al tratamiento médico en una muestra de 112 pacientes diabéticos de un centro hospitalario de Lima, comprendidos entre las edades de 35 a 81 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron el ICE de Bar-On (Ugarriza, 2001) y el cuestionario de Adherencia al Tratamiento Médico (Molina, 2008). Los resultados muestran que la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico se relacionan de manera directa y significativa. Además, las dimensiones de la inteligencia emocional también mostraron una relación directa y significativa con la adherencia al tratamiento a excepción de la dimensión manejo de tensión el cual muestra una baja relación directa, pero no significativa en la correlación. Estos hallazgos sostienen la importancia de seguir investigando sobre esta línea de investigación para apoyar o refutar lo obtenido.

*Palabras clave:* inteligencia emocional, adherencia al tratamiento médico y diabetes

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND ADHERENCE TO MEDICAL TREATMENT IN  
PATIENTS WITH DIABETES FROM A HOSPITAL OF LIMA, 2018

Montoya Juro, Carlos Jesús.

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Federico Villarreal

ABSTRACT

The main objective of the present study was to determine the relationship between emotional intelligence, as well as its dimensions, with the adherence to medical treatment in a sample of 112 diabetic patients from a hospital in Lima, between the ages of 35 and 81 years. The instruments that were used were the ICE of Bar-On (Ugarriza, 2001) and the questionnaire of adherence to medical treatment (Molina, 2008). The results show that emotional intelligence and adherence to medical treatment are directly and significantly related. In addition, the dimensions of emotional intelligence also showed a direct and significant relationship with treatment adherence, except for the tension management dimension, which shows a low direct relationship, but not significant in the correlation. These findings support the importance of continuing to investigate this line of research to support or refute what has been obtained.

*Keywords:* Emotional intelligence, adherence to medical treatment and diabetes

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT .....	vi
LISTA DE TABLAS .....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xi
CAPITULO I INTRODUCCIÓN .....	12
1.1 Descripción y formulación del problema.....	13
1.2 Antecedentes .....	16
1.3 Objetivos .....	25
1.4 Justificación.....	26
1.5 Hipótesis.....	27
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO .....	28
2.1 Bases Teóricas Sobre el Tema de Investigación.....	28
CAPITULO III MÉTODO.....	68
3.1 Tipo de Investigación.....	68
3.2 Ámbito Temporal y Espacial .....	68

3.3 Variables .....	68
3.4 Población y Muestra.....	71
3.5 Instrumentos.....	73
3.6 Procedimientos.....	75
3.7 Análisis de Datos .....	76
CAPITULO IV RESULTADOS.....	78
4.1 Análisis Descriptivo de los Datos. ....	78
4.2 Análisis Inferencial de los datos. ....	80
CAPÍTULO V DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	86
CONCLUSIONES .....	93
RECOMENDACIONES .....	95
REFERENCIAS.....	96
ANEXOS .....	112

## LISTA DE TABLAS

1 Operacionalización de la variable inteligencia emocional.....	69
2 Operacionalización de la variable adherencia al tratamiento médico.....	70
3 Análisis descriptivo de la muestra de estudio .....	71
4 Análisis de la consistencia interna del cuestionario de adherencia al tratamiento médico... 74	
5 Análisis de consistencia interna del ICE- Bar-On .....	75
6 Análisis de la distribución de los datos a través de la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov .....	76
7 Análisis de contingencia de las variables inteligencia emocional y adherencia al tratamiento .....	78
8 Análisis inferencial de correlación entre las variables Inteligencia emocional y Adherencia al tratamiento. ....	80
9 Análisis de correlación entre la dimensión intrapersonal y la variable adherencia al tratamiento médico.....	81
10 Análisis de correlación entre la dimensión interpersonal y la variable adherencia interpersonal.....	82
11 Análisis de correlación entre la dimensión adaptabilidad y la variable adherencia al tratamiento médico.....	83
12 Análisis de correlación entre la dimensión manejo de tensión y la variable Adherencia al tratamiento médico.....	84
13 Análisis de correlación entre la dimensión estado de ánimo y la variable adherencia al tratamiento médico.....	85

## **LISTA DE FIGURAS**

1 Modelo teórico de inteligencia emocional de Salovey y Mayer. ....	41
2 Componentes del coeficiente emocional del ICE de Bar-On .....	46
3 Factores que influyen la adherencia al tratamiento.....	58

## **LISTA DE ANEXOS**

A Inventario de inteligencia emocional ICE de Bar-On.....	112
B Cuestionario de adherencia al tratamiento médico .....	116
C Consentimiento informado.....	118

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

El problema de la adherencia al tratamiento en los pacientes con alguna enfermedad crónica, tal como los pacientes que padecen de diabetes, son un problema que acarrea consecuencias económicas, sociales y psicológicas. Por tal razón, es importante conocer como la variable psicológica inteligencia emocional se vincula a la adherencia al tratamiento médico y de esta manera hacer la toma de decisiones futuras respectivas, con la intención de mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos. Por lo mencionado, el objetivo principal de este trabajo, es determinar la relación de la inteligencia emocional, así como sus dimensiones, y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos de un centro de salud de Lima.

El presente estudio cuenta con seis capítulos, cuyos contenidos se mencionan de manera sintética en los siguientes párrafos. En el capítulo I, se presenta una descripción contextual de la problemática, los antecedentes de investigación referida a las variables planteadas en esta investigación, así como los objetivos, la justificación y la hipótesis de estudio. En el capítulo II, se presenta el marco teórico, conteniendo las bases teóricas sobre las variables de investigación, así como la definición conceptual referidos por distintos investigadores y autores.

En el capítulo III, se describe la parte metodológica del tipo y diseño de investigación planteada, así como el ámbito espacio temporal en que se realizó la investigación. Además muestra la descripción de la muestra, los instrumentos y los procedimientos estadísticos que se realizaron para el análisis de la información obtenida.

En el capítulo IV, se describen los resultados obtenidos de la información recogida, mediante figuras y tablas, en las cuales se hace un análisis descriptivo e inferencial de los resultados más relevantes. En el capítulo V se muestra las discusiones de los resultados, señalando las investigaciones que apoyan y contradicen lo obtenido, así como las teorías que lo apoyan. Finalmente, se describe las conclusiones, las recomendaciones, las referencias y el anexo.

### **1.1 Descripción y Formulación del Problema**

En la actualidad, existe una necesidad de disminuir la mortalidad y ayudar a tener una mejor calidad de vida a nivel mundial; por lo tanto, reducir los costos que las enfermedades causan a las poblaciones más vulnerables es una prioridad. Una de las preocupaciones más importantes son las enfermedades crónicas que se caracteriza por ser de larga duración y un progreso lento, como por ejemplo las enfermedades cardíacas, respiratorias, así como el cáncer, asma, y la diabetes, son responsables de una de las mayores tasas de mortalidad.

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) los países de ingresos bajos y medios son los más afectados por estas enfermedades. Más del 75% (32 millones) de muertes, son a causa de las enfermedades crónicas, entre ellas causadas por la diabetes. Así mismo, en su informe mundial sobre la diabetes, señala que en 1980 unos 108 millones de personas padecían de diabetes, y en el año 2014 se registró 422 millones de personas con dicha enfermedad. Esto manifiesta que se incrementó de 4,7 % a 8,5% de adultos afectados con tal diagnóstico (OMS, 2016) . Según el Ministerio de Salud [MINSAL] (2017) en el Perú, existen 1 millón 400 mil personas que padecen de diabetes, de los cuales solo el 50 % desconoce su diagnóstico. Asimismo Villena J. (2016), profesor principal de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, refiere que la diabetes es la octava causa de mortalidad a nivel nacional y la sexta causa de ceguera.

En relación a su tratamiento médico, la OMS (2003) refiere que en los países desarrollados solo el 50% de pacientes diabéticos se adhieren al tratamiento. También señala que el problema de la adherencia al tratamiento tiende a aumentar a medida que lo hace la carga mundial de enfermedades crónicas, como la diabetes. Se espera que en el año 2020 supere el 65% de la carga de morbilidad a nivel mundial. Además recomienda que la falta de adherencia al tratamiento genera mayor gasto público en la intervención a sus consecuencias, que al tratamiento mismo de la enfermedad.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2016), el 26,4 % de pacientes diagnosticado de diabetes no han llevado tratamiento médico en los últimos 12 meses. De estos el 25,4 % en la zona urbana y 31,8 % en la zona rural. Así mismo detalla que por región natural, no se adhieren al tratamiento en un 22 %, 46,5 % y 21,4 %, en costa, sierra y selva respectivamente.

Para Mayero (2018), la adherencia al tratamiento médico en los pacientes diabéticos, va más allá del cumplimiento terapéutico, debido a que este influye en sus hábitos saludables, calidad de vida y todo lo que está relacionado al paciente. Por lo tanto, el adecuado manejo de la enfermedad influye en su economía, sus relaciones interpersonales y el manejo de sus emociones. En este sentido, Pineda et al. (2004) afirma que es evidente que durante la adherencia al tratamiento, existe un cambio en la conducta del paciente que implica un aspecto volitivo y de adaptación a cambios radicales en su conducta, aspectos relacionados a la inteligencia emocional. siguiendo esta línea, Méndez y Beléndez (1994) manifiestan que el factor emocional se desempeña como un mecanismo de control en la diabetes mellitus. Martínez, A., Piqueras, J., y Ramos Linares, V. (2010) refieren que la inteligencia emocional parecen tener una función mediadora entre los síntomas y las enfermedades medicas; Por lo

tanto, sugieren seguir en la investigación de los factores psicológicos que influyen en la adherencia, para poder darle un carácter multidisciplinario; Ya que, para Villena (2016), aún la OMS no reconoce una política multisectorial y multidisciplinario en nuestro país para disminuir los factores de riesgo, y factores protectores para la adherencia al tratamiento. En este sentido

En la actualidad en el centro hospitalario, que es el espacio de la presente investigación, así como en distintas instituciones se viene implementando programas para mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento médico en los pacientes diabéticos, como el “programa pie diabético”; pero aún falta dar mayor importancia a la variable que es motivo de nuestra investigación, tanto en los estudios sistemáticos como la intervención multidisciplinaria, y de esta manera involucrar más a la psicología, específicamente a la psicología de la salud en el problema de la adherencia médica.

Por lo mencionado, y para fines de la investigación, se formula las siguientes preguntas:

### **1.1.1 Problema General**

¿Cuál es la relación entre inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018?

### **1.1.2 Problemas Específicos**

¿Cuál es la relación entre la dimensión intrapersonal y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión manejo de la tensión y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión estado del ánimo general y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital Lima, 2018?

## **1.2 Antecedentes**

Por la escasez de las investigaciones referidas a las relaciones entre las variables de nuestro objeto de estudio, se pasará a señalar aproximaciones en las investigaciones realizadas sobre la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento, además de variables asociadas a las variables mencionadas.

### **1.2.1 Antecedentes internacionales sobre la inteligencia emocional**

En España García, Rodríguez y Lopez (2013) analizaron las variable personales como inteligencia emocional y el optimismo con la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en una muestra de 60 pacientes alérgicos que están en tratamiento médico, entre hombres y mujeres de 20 a 50 años. Los resultados señalan que tanto el optimismo, la inteligencia emocional y la comprensión de las emociones (dimensión de la inteligencia emocional) predicen la adecuada adherencia al tratamiento médico y a la calidad de vida de estos pacientes.

En Ecuador, Parra y Ramírez (2017) hicieron una investigación de diseño no experimental y de tipo descriptiva de la inteligencia emocional en una muestra no probabilística por conveniencia en 40 pacientes (de 20 a 65 años de edad) con diagnóstico diabético de la Fundación Casa de la Diabetes de la ciudad de Cuenca. El instrumento elegido para recolectar los datos fue la versión en castellano del Trait Meta-Mood Scale-24. Los resultados obtenidos muestran que el 50% de personas cuentan con una adecuada inteligencia emocional relacionados a identificar las emociones, comprender, regular las emociones y tener un buen estado de ánimo.

Por otro lado, también en Ecuador, Fuentes (2015) nos da otra perspectiva más cercana al propósito de estudio del presente trabajo; pero desde la investigación cualitativa, descriptiva y narrativa sobre la resiliencia y los factores protectores como el entusiasmo, autocontrol, inteligencia emocional, autoestima, perseverancia y sentido del humor en el caso de un paciente diagnosticado con diabetes mellitus de 70 años, con 12 años de diagnóstico, de la ciudad de Machala. Para ello se utilizó métodos de información como la historia personalógica, la entrevista semi-estructurada (I Y II) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Yonung. Concluyó que los factores mencionados y la resiliencia fortalecieron a sobrellevar adecuadamente la enfermedad y adherirse adecuadamente al tratamiento médico.

En España, López y Cejudo, (2015) realizaron una investigación empírico, descriptiva y con una estrategia asociativa, sobre la inteligencia emocional percibida y la resiliencia como variable mediadora de la ansiedad en una muestra de 404 mujeres (202 con cáncer de distintas asociaciones de cáncer a la mama y 202 sin cáncer) de la provincia Ciudad Real de 27 a 49 años. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario Estado Rasgo de la Ansiedad (STAI), la Escala de Resiliencia de Wagnild Young y la Escala Rasgos de metaconocimiento de los estados emocionales de Salovey. Los resultados de las puntuaciones en los grupos estudiados muestran que la variable resiliencia presenta diferencias significativas ( $t = -12.26; p = .000$ ). En relación a la inteligencia emocional percibida en ambos grupos se presentan diferencias significativas en las dimensiones claridad ( $t = 9.25; p = .019$ ) y reparación ( $t = 4.57; p = .000$ ), siendo mayores las puntuaciones en el grupo con cáncer de mama. Además se observa que solo el grupo de las mujeres con cáncer muestran una relación significativa en relación a la ansiedad estado y la inteligencia emocional percibida, en sus dimensiones de atención ( $r = -.150; p = 0$ ) y claridad emocional ( $r = -.319, p = 0$ ). En relación a la ansiedad rasgo, es significativa en las tres variables: reparación, atención y claridad ( $r = -1.150, p = 0.33, r = -.397$ ,

$p=0$ .  $r=-.330$ ,  $p=0$ ). Estos datos se explican por la presencia de ansiedad constante en las mujeres con esta enfermedad crónica.

Así mismo, Gonzáles, Ramírez y Herrero (2007), en España también investigaron la influencia de la inteligencia emocional, el afrontamiento y la personalidad en pacientes crónicos. La muestra, no probabilística, estuvo integrado por 91 pacientes asistentes a la Unidad Clínica del dolor del Hospital Civil de Málaga. Estos pacientes sufrían dolor oncológico, óseo, fibromialgias, lumbalgias, entre otros por 11.23 años como promedio. Para la evaluación se utilizaron el Cuestionario de Dolor de McGill, el Inventario Vanderbilt para el Afrontamiento del Dolor, el Instrumento de deterioro y funcionamiento para pacientes con dolor crónico y la Escala de Meta-Conocimiento de Estados Emocionales de Salovey. Los resultados muestran, que la inteligencia emocional influye en la variable de afrontamiento, además se observa que las estrategias de afrontamiento activas se relacionan negativamente con el deterioro del funcionamiento diario del paciente. Además, se encontró que las personalidades con características narcisista, compulsivo y agresivo-sádica poseen niveles bajos de deterioro del funcionamiento diario.

Núñez y Castillo (2018), en España, también hicieron un estudio descriptivo comparativo de las variables inteligencia emocional y enfermedad cardiovascular (ECV), en una muestra de 220 participantes (110 con enfermedades cardiovasculares y 110 sin enfermedades cardiovasculares de la Ciudad Real). Se utilizaron los cuestionarios TMMS (Salovey y Mayer) y el PEC (perfil de competencia emocional). Los resultados muestran que los varones con baja regulación emocional tienen mayor probabilidad de sufrir ECV (Exp. (B) = 0,813;  $p < 0,05$ ), así como las mujeres con baja comprensión intrapersonal (Exp. (B) = 0,252;  $p \leq 0,05$ ) o poca regulación emocional (Exp (B) = 0,679;  $p < ,05$ ) muestran mayor riesgo de enfermedad cardiovascular; Por lo tanto, este estudio muestra que la inteligencia emocional predice la ECV y es un factor de riesgo.

### 1.2.2 Antecedentes nacionales sobre la inteligencia emocional

En el Perú, Burga y Sánchez (2016) hicieron un estudio descriptivo-correlacional a las variables inteligencia emocional y resiliencia en una muestra de 57 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, de 23 a 80 años de edad. Para ello utilizó la escala TMMS de Salovey y Mayer y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. En los resultados se observa que el 35% de mujeres tiene niveles óptimos de inteligencia emocional y en la dimensión de regulaciones emocionales alcanza el 40%. Así mismo, el 40% de mujeres, entre 20 y 40 años, tiene altos niveles de inteligencia emocional y el 30.8% de mujeres de 41 a 60 años de edad alcanza niveles altos de inteligencia emocional. Por otro lado, las variables estudiadas se relacionan de manera positiva y altamente significativa ( $r = .663, p = 0.00$ ).

Chang (2017) Investigó la inteligencia emocional y la respuesta al estrés, en una muestra no probabilística de 80 pacientes, entre las edades de 18 y 64 años, asegurados en una clínica de EsSalud - Lima, que son asistentes al consultorio de psicología. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Respuesta al Estrés MNC y la Escala de Meta-Conocimiento de Estados Emocionales de Salovey. Los resultados concluyeron que existe una correlación baja ( $r = ,27$ ). También dentro de las dimensiones de estas variables se encontraron el mismo tipo de correlación, resaltando la correlación Reparación-Cognitivo ( $r = ,46$ ).

De la Cruz (2010) Realizó un estudio de tipo correlacional de las variables inteligencia emocional y habilidades sociales en una muestra intencionada de 35 pacientes mujeres con trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) de un centro de terapias integradas de la ciudad de Lima, entre las edades de 16 y 26 años. Los resultados muestran una relación significativa de las variables mencionadas ( $r = ,86$  y  $p < ,01$ ). Además, los resultados descriptivos muestran que la inteligencia emocional y las habilidades sociales están en niveles muy baja y baja respectivamente, en el 77.1% de la muestra.

Es importante mencionar la investigación realizada por Ugarriza (2001) sobre la inteligencia emocional en una muestra de 1996 personas mayores a 15 años, en un estudio que tuvo como objetivo adaptar y estandarizar el instrumento ICE de Bar-On. En sus resultados pudo hallar que la inteligencia emocional tiende a incrementar con la edad de los evaluados.

### **1.2.3 Antecedentes internacionales sobre la adherencia al tratamiento**

Hasta la actualidad no se encuentran investigaciones relacionadas a nuestras variables de estudio; pero es importante mencionar algunas aproximaciones que nos proporcionan datos interesantes para formular nuestra discusión. A continuación se mencionará las investigaciones más resaltantes concernientes a la adherencia al tratamiento médico desde las investigaciones internacionales a nacionales. Del mismo modo se detallara las investigaciones realizadas sobre la inteligencia emocional

En un estudio realizado por Sanchez, Hipólito, Mugártegui, & Yáñez, (2016) en una muestra de 101 pacientes con diagnóstico de diabetes, entre las edades de 20 y 65 años adscritos a un centro hospitalario en la ciudad de Mérida, México, investigaron las variables estrés, depresión y adherencia al tratamiento médico. Encontraron que el estrés estuvo relacionado a la falta de adherencia al tratamiento (RM 7.2, IC 95 %, 2.3-22.5,  $p < .05$ ). Además se observó que el estrés también se relacionó al descontrol glucémico (RM 4.1, IC 95%, 1.5-11.2,  $p = .001$ ) y según los datos descriptivos, se encontró que el 65% de personas con estrés y 27% tuvo cierto nivel de depresión durante los últimos 3 meses.

Ortiz, Ortiz, Gatica, y Gómez (2011) realizaron en Chile, un estudio cuantitativo transversal en las que correlacionaron a los factores psicosociales y la adherencia al tratamiento médico, en una muestra de 50 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus asistentes a un consultorio de la ciudad de Temuco. Encontraron que existe una correlación significativa entre estrés y adherencia al tratamiento ( $r = -.354$ ;  $p = .012$ ). En relación a la variable depresión y

adherencia al tratamiento, no encontraron una correlación estadísticamente significativa. Así mismo, encontraron que las personas que tienen mayor autocuidado de su alimentación, tienden a la auto –monitorización de su nivel de azúcar ( $r = ,330; p = ,019$ ). También observaron que en los estilos de afrontamiento, la conducta evitativa se asocia a niveles altos de estrés ( $r = ,320; p = ,023$ ), así como el estilo de afrontamiento centrado en las emoción se correlacionaron a la depresión ( $r = ,613; p = ,000$ ) y a la menor percepción de apoyo social ( $r = -0,321; p = ,023$ ).

En Mexico, Rodríguez y Rentería (2016) realizaron un estudio de análisis descriptivo a 4 cuatro factores que impiden la adecuada adherencia al tratamiento médico, en una muestra, no probabilística intencionada, de 70 pacientes (5 varones y 65 mujeres, de 60.3 años en promedio). Analizaron factores como: interrelación médico – paciente, régimen terapéutico, características de la enfermedad y aspectos psicosociales del paciente. En este último se observó que el 58% de personas vive con situaciones que le preocupan, el 58% considera que sus preocupaciones tiene que ver con su enfermedad y el sentimiento negativo más frecuente que le genera vivir con su enfermedad es la tristeza en un 27% y la preocupación en un 47%. Además, en el factor de características de la enfermedad, los participantes respondieron que los problemas a causas de la enfermedad que no saben cómo resolverlo, son de tipo emocionales en un 21% y económico-emocionales 38,6%.

En cuba, Castillo , Martín y Almenares (2017) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal sobre la adherencia al tratamiento y los factores influyentes, en una muestra de 143 pacientes atendidos en un policlínico universitario de la ciudad de Pinar de Rio, para lo cual utilizaron un cuestionario para la adherencia al tratamiento y una entrevista estructurada. Encontraron que los pacientes no motivados al tratamiento eran el 78,6% de los que no se adherían al tratamiento; pero, los pacientes motivados al tratamiento eran el 91,3% del grupo

de los que tenían una adherencia total. En esta investigación se puede observar que el aspecto motivacional, netamente personal, se relaciona al cumplimiento terapéutico.

En Argentina Granados y Escalante (2010) estudiaron los estilos de personalidad y las conductas de adherencia al tratamiento, para el cual elaboraron una investigación de tipo descriptivo correlacionar en una muestra no probabilística de 19 personas (10 varones y 9 mujeres) con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, asistentes a una clínica. Se utilizaron los cuestionarios del MIPS de estilos de personalidad y un cuestionario de auto reporte, para evaluar adherencia al tratamiento. Se concluyó que no existe correlación con las variables estudiadas; pero se encontró una asociación entre conductas no saludables y rasgos de personalidad como en la preservación, introversión, vacilación e insatisfacción a la poca adherencia terapéutica.

Rodríguez, Castillo y Molerio, (2012) realizaron una investigación descriptiva a las variables de adherencia terapéutica y factores psicosociales en una muestra intencionada de 45 pacientes con diabetes mellitus del Centro de Atención y Educación del Diabético de la ciudad de Villa Clara, Cuba. Se encontró que el 68% presentaba estrés cotidiano, un 35% de síntomas depresivos y un 13 % de irritabilidad y preocupación. En relación a los estilos de afrontamiento, se reportó un 61% como negación optimista, 56% afecto – distracción y 36%, somatización y 31% reacción emocional (tristeza, llanto, alistamiento, entre otras emociones negativas).

Jasso (2012), en México, realizó una investigación de tipo cuantitativo – casi experimental, en una muestra de 28 pacientes diabéticos del centro de salud de la Secretaria de San Luís de Potosí, de los cuales tomó 12 para grupo control y 16 para el grupo experimental. En la investigación se implementó la intervención grupal psicoeducativa con un enfoque de entrevista motivacional, con el fin de incrementar la adherencia al tratamiento médico. Los resultados no apoyaron significativamente el objetivo general buscado, pero si ayudaron a tener

más conocimiento sobre la enfermedad y reducir el índice de masa corporal e indicadores biológicos positivos. Se discute los resultados por las características heterogéneas de salud de los participantes durante la investigación.

Así mismo, García y Morales (2015) realizaron el mismo tipo de diseño cuasi experimental en la misma ciudad, implementando la entrevista motivacional, con un enfoque individual, para incrementar la adherencia terapéutica y su calidad de vida en una muestra de 22 pacientes diabéticos, con 11 participantes del grupo control y 11 (adherencia al tratamiento parcial) del grupo experimental (sin adherencia al tratamiento). En los resultados de observaron que 7 de los 11 participantes en el grupo experimental incrementaron su adherencia al tratamiento. En esta investigación se observa que la intervención psicológica enfocada a las emociones y al aspecto psicológico de las personas, incrementan la adherencia al tratamiento

Por otro lado Novales, Novales, García, Hernández y Gonzáles (2015) realizaron un estudio de tipo exploratorio – descriptivo de la variable adherencia parcial al tratamiento y sus factores asociados en una muestra de 15 pacientes diabéticos tipo 1 asistentes a un centro de salud de la Habana. Los instrumentos utilizados para este fin fueron la observación, la entrevista, el dibujo espontáneo, las frases incompletas y el dibujo temático. Para el análisis de los datos se empleó la metodología de los estadígrafos simples. Los resultados señalan que entre los factores asociados en el 100% de pacientes con total adherencia, se encuentran los estilos de afrontamiento centrado en la regulación emocional frente a los eventos estresantes relacionados a su enfermedad, como la reevaluación positiva en un 100%, el auto control en un 67% y la responsabilidad en un 100% de estos.

#### **1.2.4 Antecedentes nacionales sobre la adherencia al tratamiento médico**

En el Perú, hasta la actualidad, aún no se reportan antecedentes de investigación que relacionen a las variables adherencia al tratamiento médico y la inteligencia emocional; pero

se realizaron investigaciones importantes de cada variable relacionados a otras no menos importantes.

Portilla (2011), investigó el Auto concepto, la Calidad de Vida y la Adherencia al Tratamiento Médico, en una muestra no probabilística de tipo intencional de 56 pacientes con Diabetes Mellitus asistentes a los consultorios externos del hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, para el cual utilizó el cuestionario de Autoconcepto Forma (AF5), el cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes y la ficha de Adherencia al Tratamiento. El estudio fue de tipo descriptivo comparativo. Los resultados del análisis comparativo muestran que existe una diferencia significativa en la calidad de vida en los pacientes que tienen adherencia al tratamiento ( $z = -5.82, p < .05$ ), obteniendo mayores puntajes que en los que no tienen adherencia. La variable Autoconcepto y todas su dimensiones, excepto la dimensión emocional, también tienen diferencias significativas a favor de los pacientes con adherencia al tratamiento ( $z = -4,32; p < ,05$ ).

Otra investigación que también muestra aproximaciones a la importancia de las relaciones sociales y a la dimensión interpersonal de la inteligencia emocional en el manejo de la enfermedad, y por siguiente, la adherencia al tratamiento, lo señala Lagos y Flores (2014) en un estudio de tipo correlacional de la variable funcionalidad familiar y el automanejo de la diabetes, en una muestra no probabilística de 100 pacientes diabéticos asistentes al Hospital de Puente Piedra-Lima. Para este fin se utilizó el APGAR Familiar y Automanejo de las Enfermedades Crónicas. Los resultados señalan que existe una correlación positiva entre las variables señaladas ( $\rho = ,43$ ).

Otra investigación que también pone en relieve las relaciones interpersonales de funcionalidad en el núcleo familiar y la adherencia al tratamiento, lo encontramos con Condori y Cruz (2017) quienes estudiaron estas dos variables en una investigación de tipo descriptivo

– correlacional y de corte transversal, en una muestra probabilística de 194 asistentes a consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Se utilizó el Test de APGAR Familiar y el Cuestionario MBG para evaluar la adherencia. Los resultados señalan que bajo la prueba de Chi cuadrado de las variables indican una correlación altamente significativa ( $p = ,000$ )

Por otro lado Balbin (2016) realizó una investigación de corte transversal, de tipo observacional, transversal, analítico de las variables depresión y la adherencia al tratamiento médico en 118 pacientes de 20 a 60 años, con diabetes mellitus del Hospital Nacional Hipólito Unanue de la ciudad de Lima. Los resultados muestran que el 38.1% presentaron depresión y el 40.7% mala adherencia al tratamiento. Así mismo se observó que los pacientes que tiene depresión son más propensos tener poco control glicémico ( $chi^2 = 5,918$   $p = ,015$   $OR = 2,676$   $IC = 1,197-5,981$ ). Los datos muestran que un inadecuado manejo de las emociones negativas pondría en riesgo el tratamiento de estos pacientes

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar la relación entre la dimensión Intrapersonal y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

Determinar la relación entre la dimensión Interpersonal y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital Lima, 2018

Determinar la relación entre la dimensión Adaptabilidad y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

Determinar la relación entre la dimensión Manejo de la tensión y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de hospital de Lima, 2018

Determinar la relación entre la dimensión Estado del Animo General y la adherencia al tratamiento médico en pacientes diabéticos de un hospital de Lima, 2018

#### **1.4 Justificación**

La presente investigación pretende dar un aporte al conocimiento científico para las distintas disciplinas científicas vinculadas a la salud pública en los distintos niveles de atención sanitaria, desde una óptica psicológica, relacionando las variables psicológicas y emocionales con la conducta de adherencia al tratamiento médico. Así mismo servirá para las investigaciones posteriores que se desarrollen sobre estas variables

Por otro lado, esta investigación servirá como aporte y punto de referencia para diseñar programas de intervención psicológica, dirigidos a los pacientes que tengan algún diagnóstico médico de alguna enfermedad crónica y que observen dificultades en su adherencia al tratamiento médico, utilizando la inteligencia emocional, debido a que es un factor importante para que el paciente diabético obtenga una mejor calidad de vida y los costos en su recuperación disminuyan.

Por otro lado, esta investigación servirá para empoderar la labor del psicólogo en los centro de salud, donde en muchos casos, por falta de iniciativa política e institucional, no se le brinda una atención integral al paciente por tener un diagnóstico médico de naturaleza biológica, olvidando la naturaleza bio-psico-social del ser humano en sus dificultades y fortalezas. En tal sentido, esta investigación también busca concientizar a las autoridades sobre

la necesidad de actuar de manera interdisciplinar en la problemática de la salud pública y disminuir los índices de mortalidad que se observa en las enfermedades crónicas, como la diabetes.

## **1.5 Hipótesis**

### **1.5.1 Hipótesis general**

Existe relación entre inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

### **1.5.2 Hipótesis específicas**

Existe relación entre la dimensión intrapersonal y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

Existe relación entre la dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

Existe relación entre la dimensión adaptabilidad y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

Existe relación entre la dimensión manejo de tensión y la adherencia al tratamiento médico en pacientes diabéticos de un hospital de Lima, 2018

Existe relación entre la dimensión estado de ánimo general y la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Bases Teóricas Sobre el Tema de Investigación

##### 2.1.1 Diabetes

**2.1.1.1 Definición de la diabetes.** Para la OMS (2017), la diabetes es una enfermedad que surge por la escasa producción de insulina o por la falta de asimilación del organismo de la misma. Por lo tanto, las consecuencias son el incremento de azúcar a nivel sanguíneo, que con el pasar del tiempo degeneran distintos órganos.

La Federación Internacional de Diabetes [IDF] (2017; citado en Paternina, Villaquirán, Jácome, Galvis y Granados ,2018) señala que la diabetes es una condición de salud crónica causada por la merma de la facultad de generar insulina por parte de la células beta del páncreas, ya sea por reacción autoinmune o por escasa elaboración de insulina

Para la American Diabetes Association [ADA] (s.f.), la diabetes es un conjunto de enfermedades determinadas por un elevado nivel de glucosa, por fallas en la facultad del organismo en la elaboración y la utilización de la insulina.

Para la Sociedad Peruana de Endocrinología [SPE] (2014) la diabetes es un padecimiento que impacta a la población de niños y jóvenes (la diabetes de tipo 1) y adultos y personas de tercera edad (la diabetes de tipo 2), sin discriminar el sexo ni clase social.

Conget, I. (2002), define a la diabetes como la alteración en el metabolismo, que se caracteriza por la hiperglucemia crónica y es acompañada de modificaciones en el metabolismo de las grasas, las proteínas y los carbohidratos.

##### 2.1.1.2 Tipos de diabetes

La Organización Mundial de Salud (2017) hace una clasificación de la diabetes en tres tipos principales, y señala sus características, su posible etiología, el cuadro clínico y como diagnosticar:

#### ***2.1.1.2.1 Diabetes tipo 1***

##### **a) Descripción**

- Inicialmente se le llamó diabetes sacarina con necesidad de insulina.
- Existe necesidad completa de insulina, por la carencia total de la producción hormonal del páncreas.
- Su presencia se observa generalmente en niños y personas jóvenes.
- Los signos y síntomas pueden ser peligrosas, como la cetoacidosis o el coma.
- No se observa obesidad en los pacientes, aunque puede presentarse casos.
- Existe peligro de complicaciones macro y micro vasculares.

##### **b) Etiología**

Usualmente, las células beta del páncreas son destruidos por el fenómeno auto inmunitario, con acompañamiento de algunos anticuerpos a nivel sanguíneo.

Este trastorno puede ser originado por algunas mutaciones genéticas y por eventos ambientales o externos al paciente.

##### **c) Cuadro clínico**

Generalmente se presenta poliuria, polidipsia, polifagia y disminución de masa corporal.

Dolor en los pies, cansancio y visión difusa.

Vómitos agudos, náuseas y la cetoacidosis.

**d) Diagnostico**

Se observa que la concentración plasmática de glucosa es  $\geq 7$  mmol/L (126 mg/dL) o mejor  $\geq 11,1$  mmol/L (o 200 mg/dL), posterior a las dos horas de ingerir glucosa, en una cantidad de 75 g.

**e) Tratamiento**

Buscar el objetivo de disminuir los niveles de glucosa en la sangre y nivelar a cantidades de concentración normal, mediante:

- Inyecciones de insulina durante el resto de la vida, en las dosis recomendadas por el médico.
- Tratamiento y prevención de efectos colaterales de la enfermedad.
- Educación al paciente sobre la enfermedad, la dieta, ejercicios y protección del pie.

**2.1.1.2.2 Diabetes tipo 2****a) Descripción**

- Inicialmente se denominó diabetes sacarina sin dependencia de la hormona insulina.
- La hiperglucemia es originada por la falla en la secreción de la hormona insulina, y además esta escoltado de resistencia a esta.
- El inicio del este trastorno normalmente es en edad adulta.
- Existe relación con la inactividad física, los malos hábitos en la alimentación y tienen también amenaza de tener complicaciones micro y macro vasculares.

**b) Etiología**

- El origen está relacionado a los malos hábitos mencionados (alimentación y actividad física) y la existencia de resistencia a la insulina.
- Las personas que padecen de hipertensión arterial, colesterol anormal y obesidad, son las que son generalmente afectadas por este trastorno.
- Tiene inclinación a presentarse en familias; además, esta enfermedad es originada por mutaciones en algunos genes y por eventos externos.

#### **c) Cuadro clínico**

- Generalmente no existe la expresión clínica o se observa mínimamente, durante muchos años antes del diagnóstico.
- Se presenta: poliuria, polidipsia, polifagia, disminución de peso y masa corporal, disestesias, infecciones constantes.
- Presencia de estado de coma, aunque es menos frecuente.

#### **d) Diagnostico**

Se observa que la concentración plasmática de glucosa es  $\geq 7$  mmol/L (126 mg/dL) o mejor  $\geq 11,1$  mmol/L (o 200 mg/dL), posterior a las dos horas de ingerir glucosa, en una cantidad de 75 g.

En pacientes de posible riesgo clínico es necesario la evaluación denominada “tamizaje oportuno”, como tener una edad mayor a 45 años y evidenciar un peso corporal  $>25$  kg/m<sup>2</sup>, formar parte de un grupo étnico y tener hipertensión.

#### **e) Tratamiento**

El tratamiento es similar a los del tipo 1, en el que es vital buscar el objetivo de disminuir los niveles de glucosa en la sangre y nivelar a cantidades de concentración normal, mediante:

- Inyecciones de insulina, en las dosis recomendadas por el médico, acompañadas de hábitos saludables.
- Tratamiento y prevención de efectos colaterales de la enfermedad.
- Educación al paciente sobre la enfermedad, la dieta, ejercicios y protección del pie, la vigilancia ante los signos y síntomas de hÍper e hipo glucemia.

### ***2.1.1.2.3 Diabetes del embarazo***

#### **a) Descripción**

- La característica de este tipo de diabetes es que se da durante el embarazo y dura hasta 6 semanas aproximadamente.
- Existe riesgo de anomalías congénitas, riesgo de muerte perinatal y peso incrementado de manera excesiva.
- Hay posibilidades de adquirir diabetes del tipo 2 posteriormente.

#### **b) Etiología**

No existe una explicación certera, pero al parecer las hormonas de embarazo serían las causantes de alterar los beneficios de la insulina.

#### **c) Cuadro clínico.**

- Con frecuencia se presenta polidipsia y poliuria. Este último, es confuso por lo propio del embarazo.
- el desarrollo del feto, más grande de lo normal, podrían indicar la presencia de diabetes.

#### **d) Diagnostico.**

Se evalúa la tolerancia oral a la glucosa, entre las semanas 24 y 28 de la gestación.

En una concentración de glucosa  $\geq 7,8$  mmol/L (o 140 mg/dL).

#### **e) Tratamiento**

Es necesario el manejo de los niveles de glucosa en la sangre.

Se precisa tratamientos de orden nutricional y los ejercicios; además, de ser necesario la administración de antidiabéticos orales e insulina.

Educación al paciente sobre su alimentación y actividades físicas para prevenir la diabetes de tipo 2.

##### ***2.1.1.2.1 Otros tipos específicos***

La institución ADA (2018) distingue otros tipos específicos de diabetes que tienen diversos orígenes denominados:

- a) Diabetes asociados a la fibrosis quística
- b) Diabetes asociados a la pancreatitis
- c) Diabetes inducida por medicamentos
- d) Diabetes tipo MODY.

Es importante mencionar este último tipo, debido a que tiene una incidencia del 5 al 10 % aproximadamente dentro de los tipos de diabetes. También se le denomina “Diabetes Juvenil de Inicio en la Madurez”, en etapas tardías de la niñez o entre 25 a 40 años de edad. Este tipo de diabetes está asociado a fallas en las células beta del páncreas y es de transferencia autosómica dominante. Además, existen 6 síndromes MODY, según la mutación del cromosoma (Polo, y otros, 2009)

## **2.1.2 Inteligencia emocional**

### ***2.1.2.1 Definición de inteligencia emocional***

Existen distintas definiciones que en algunos casos concuerdan en algunos aspectos; pero también se diferencian en algunos puntos. Por ejemplo Guevara (2011) define y afirma lo siguiente:

“la inteligencia emocional, se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones. Describe aptitudes complementarias, pero distintas de la inteligencia académica, sino referidas al CI. De este modo, personas de gran preparación intelectual, pero faltas de inteligencia emocional, terminan trabajando a las órdenes de personas que tienen un CI menor, pero mayor inteligencia emocional” (p. 2).

Hernández y Chinchilla (2009) definen la inteligencia emocional, como el uso inteligente de las emociones, es decir, que las emociones sirvan para el bienestar personal, utilizándolas para poder expresar adecuadamente nuestras emociones de forma empática y relacionándonos con la sociedad de manera positiva con los núcleos básicos del crecimiento personal, como son la familia y nuestros seres más cercanos

Para Bharwaney (2009) la inteligencia emocional es la capacidad de conciencia de las emociones, el reconocimiento de sentimientos, la objetividad en ellas, situar las emociones en el contexto, actuar de manera positiva y aprender de las situaciones y emociones. Por lo tanto la inteligencia emocional implica sintonizar las emociones, comprenderlas y tomar decisiones adecuadas.

Para Goleman (1997) la inteligencia emocional es la habilidad que tienen las personas para poder analizar e identificar sus propias emociones y de los que interactúa con el objetivo de su automotivación y el adecuado manejo de sus emociones a su interrelación con los demás (citado en: Prieto, 2018)

Salovey y Mayer en 1990 definen la inteligencia emocional como un tipo de inteligencia social que abarca la capacidad de controlar, vigilar y comprender las emociones propias y las de los demás, para así poder discernir y analizar a partir de dicha información los pensamientos y las conductas a seguir (citado en: Carretero, 2015). En este sentido, estos autores, años más tarde (2009) también sostienen que la inteligencia emocional alude a la habilidad y capacidad para razonar y procesar la información emocional para incrementar el razonamiento (citado en: Gonzales y Villanueva, 2014)

Cooper y Safaw (1998) definen la inteligencia emocional como la disposición para analizar, razonar, utilizar y aprovechar la energía de las emociones con el fin aprovechar las relaciones humanas, la información y la voluntad humana.

Para Bar-On (1997; citado en: Ugarriza y Pajares, 2005), la inteligencia emocional son las habilidades, potencialidades y destrezas personales que determinan significativamente en la adaptación de las personas frente a las exigencias de su medio ambiente. Este autor hace un hincapié en diferenciarlo de las clásicas competencias netamente cognitivas de la inteligencia

### ***2.1.2.2 Aproximaciones históricas al concepto de la inteligencia emocional***

Guevara (2011) refiere que Charles Darwin en el siglo XIX, específicamente en el año 1872, en una publicación sobre la expresión de las emociones en los animales y en el hombre, utiliza el concepto de la emoción en la adaptación, la supervivencia y la selección

natural, tanto de los animales así como de los humanos. Así mismo También refiere que para Darwin, los patrones de respuesta expresiva emocional son innatos y determinados genéticamente para su respuesta ante un estímulo determinado; pero, dicha expresión también está sujeto al aprendizaje o adiestramiento. En este sentido, Cholíz (1995) Afirma que Darwin llegó a dichas conclusiones gracias a los estudios de:

- La comparación de las expresiones emocionales entre el hombre y los animales filogenéticamente cercanos.
- Los niños nacidos ciegos y que nunca han aprendido las expresiones.
- La observación de distintas culturas que manifiestan similares expresiones emocionales frente a similares estímulos.

Galton en 1885, fue uno de los pioneros en investigar las diferencias particulares de los individuos a nivel mental, por tal motivo se le considera el padre de la psicología diferencial, además sugirió el uso de análisis estadístico para este fenómeno mental de estas diferencias individuales (Trujillo & Rivas, 2005).

Otra aproximación lo refieren Martín, González, y Del Barco (2010) quienes mencionan que Binet y Simon en 1908 hacen referencia a la inteligencia instintiva, de carácter intuitiva, y que es afectado por las emociones. También se resalta el hecho de que Binet y Simon fueron los primeros en diseñar un test de inteligencia, cuya finalidad era saber el éxito o fracaso de los estudiantes.

Dueñas (2002) refiere que Thorndike en 1920, señaló que existen un tipo de inteligencia denominado social, que está relacionado a la propia persona, a diferencia de las inteligencias abstracta (con las matemáticas) y concreta (con las cosas). Para Figueroa, Yacelga, Rosero, & García (2012) la inteligencia social según Thorndike es la habilidad de poder interactuar socialmente, en el sentido de dirigir y comprender estas relaciones. Esta propuesta

de la inteligencia social nace a partir de la ley del efecto, que para algunos académicos se considera antecesora de la inteligencia emocional (Trujillo & Rivas, 2005)

Posteriormente las investigaciones empezaron a dar importancia a la inteligencia social. En este sentido, Bharwaney (2009) señala que en 1935 Edgar Doll diseñó un instrumento para evaluar la inteligencia social (cociente social) con su Test de Vineland, que evalúa la competencia y el nivel de madurez social. Esta línea de estudio lo siguió décadas después Reuven BarOn.

Un precedente importante para dar soporte al concepto de inteligencia emocional, lo proporcionó Howard Gardner en 1983, con su propuesta de las inteligencias múltiples, que aunque en un inicio no tuvo apoyo de la comunidad científica, en la actualidad es reconocida mundialmente. En esta obra presenta 9 tipos de inteligencia, de las cuales la inteligencia intrapersonal (conocimientos de los aspectos internos de la propia persona) y la inteligencia interpersonal (manejo adecuado de la interrelación con las personas que la rodean) fueron la base teórica para la inteligencia emocional (Muñoz, 2014)

Otro personaje importante en la conceptualización de la inteligencia emocional es Robert Sternberg, que en 1985 formula su teoría trídica de la inteligencia, basada en el procesamiento de la información. Por lo tanto explica que la teoría de la inteligencia debe explicarse en función del mundo externo (contexto), mundo interno (experiencia) y la interacción (componentes) entre estos dos. Además hace una crítica a las concepciones que se tenían sobre la inteligencia (Mora & Martín, 2007)

Wayne Payne en 1986, en una tesis para su doctorado, por primera vez usó el término inteligencia emocional, sugiriendo la necesidad de realizar estudios teóricos, que ayudaran a dar importancia al valor de esta variable en el desarrollo del ser humano y sus relaciones

interpersonales en el siglo XX, y que su ausencia habría impedido su progreso emocional (Fernández, 2013)

En 1990 fueron Salovey y Mayer quienes hicieron la definición conceptual de la inteligencia emocional como una habilidad personal de manejo de las emociones. Posteriormente lo redefinen como una habilidad mental. Además proponen un modelo teórico de la inteligencia emocional, así como su propuesta de evaluación (Molina Cantabella, 2017)

Fue Daniel Goleman en 1995, quién publicó un libro titulado “inteligencia emocional” y popularizó el término y el concepto. El libro se convirtió en un bestseller y en ella se fundamenta el aspecto biológico, psicológico y social, así como las implicancias en la educación y el desarrollo personal (Velasco, 2001)

Por otro lado En 1997 Reuven Bar-On hace la primera referencia sobre el Cociente Emocional (CE), y con este fin diseña el primer instrumento de medición. Además señala la distinción entre el cociente cognitivo y el cociente emocional (Ugarriza & Pajares, 2005)

### ***2.1.2.3 Modelos teóricos de la inteligencia emocional***

En las últimas décadas, los aportes teóricos, las investigaciones y los estudios sobre la inteligencia emocional han descrito distintos modelos teóricos. Jiménez y López (2009) refieren que existen dos modelos importantes de inteligencia emocional:

- Modelos fundamentado en el procesamiento de información emocional, centrado en las habilidades emocionales básicas
- Modelos mixtos, centrados en los rasgos y características estables de la personalidad, así como de las habilidades mentales

A continuación se hará una descripción breve sobre los aspectos importantes de cada modelo señalado

### **2.1.2.3.1 Modelo de habilidades de Mayer y Salovey**

Fernández y Extremera (2005), señalan que en este modelo Mayer y Salovey plantean que la inteligencia emocional está basada en el procesamiento de la información que fusiona la emoción y el razonamiento para el funcionamiento más eficaz en la vida emocional de las personas.

Para Bisquerra (2017), este modelo teórico se organiza como un modelo de cuatro fases o ramas interconectadas entre sí.

Estas habilidades básicas contenidas son:

#### 1.- Percepción emocional:

Se refiere a la capacidad de reconocer los sentimientos extraños y propios, decodificando adecuadamente las señales verbales y no verbales, como los gestos, el tono de voz, entre otros. Asimismo, esta habilidad se refiere también al grado de identificación de estados de ánimo, aspectos cognitivos y fisiológicos propios. Además de la identificación de la sinceridad expresada por otras personas durante la interrelación personal. Esta habilidad es importante debido a que permite diferenciar las expresiones emocionales reales en un contexto específico (Mejía, 2011).

#### 2.- Facilitación o asimilación emocional:

Es la capacidad para vincular los sentimientos en el momento de solucionar problemas. Esta habilidad se refiere a la influencia de las emociones en el aspecto cognitivo y como los estados afectivos determinan la toma de decisiones. Esta capacidad privilegia nuestros procesos cognitivos básicos, dirigiéndose y proyectándose a lo más importante para la persona.

#### 3.- Comprensión emocional

Es la capacidad de desmembrar, analizar y reconocer la amplia gama de estados emocionales que se presenten. Asimismo implica saber etiquetar y categorizar los sentimientos de manera adecuada. La comprensión emocional implica reconocer las combinaciones de los estados de ánimo básico en estados emocionales secundarios como los celos. Por otro lado, esta capacidad también permite reconocer las emociones complejas desarrolladas en las interrelaciones interpersonales, como el sentimiento de culpa. Además, ayuda al reconocimiento de la transición de los estados emocionales (sorpresa y enfado) y a los sentimientos contradictorios (amor – odio).

#### 4.- La regulación emocional

Según este modelo teórico, es la capacidad más compleja de la inteligencia emocional. Implica tener una apertura a los sentimientos tanto positivos como negativos para analizarlos y buscar su utilidad. También implica la capacidad de regular y las emociones ajenas y propias, disminuyendo las emociones negativas e incrementando las emociones positivas; por lo tanto esta capacidad engloba la parte intrapersonal e interpersonal, regulando las emociones de los demás, con estrategias adecuadas.

Por otro lado, García y Giménez (2010), mencionan un componente más dentro de la estructura del modelo de la inteligencia emocional aportado por Mayer y Salovey en sus posteriores reformulaciones

#### 5.- Dirección emocional

Entendimiento de las consecuencias que tienen las conductas sociales en las emociones y el reajuste de las emociones en uno mismo y en los demás.

Gabel (2005), señala que cada habilidad se forma en base a la consolidación de la habilidad anterior. A medida que el individuo logra la maduración, las percepciones y las asimilaciones emocionales se vuelven más complejas. Además, el análisis adecuado de las

emociones proporciona herramientas adecuadas para la toma de decisiones y la regulación emocional.

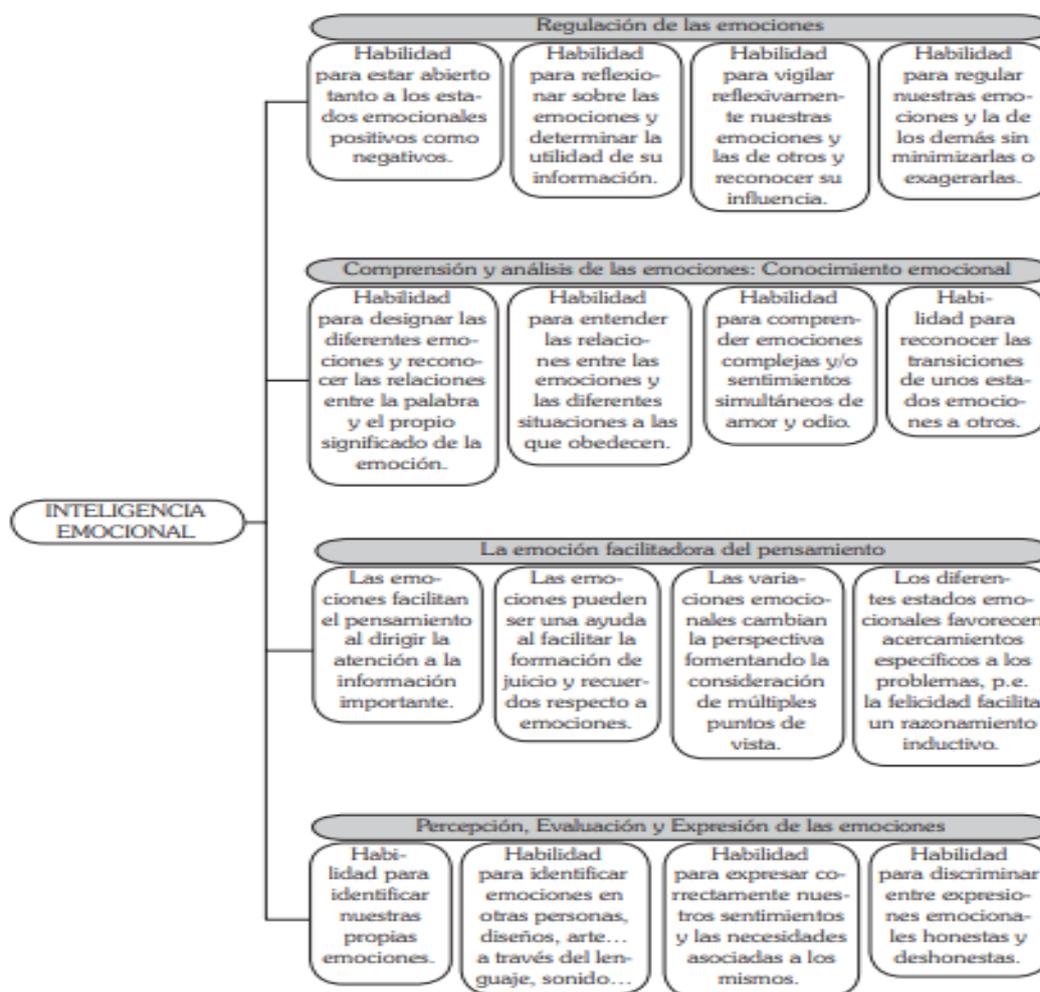


Figura 1. Modelo teórico de inteligencia emocional de Salovey y Mayer.

Fuente: Fernández y Extremera (2005).

### 2.1.1.3.2 Modelos mixtos:

Se le denomina modelo mixto, debido a que la inteligencia emocional, además de tener un componente mental, también hace referencia a las características de la personalidad como un elemento importante y acompañante (Contini, 2005).

Los modelos teóricos más representativos son:

### **A.- Modelo de las competencias emocionales de Goleman**

Este modelo fue propuesto por Daniel Goleman en 1995, el cual hizo popular a la inteligencia emocional. Este modelo propone ciertas competencias personales que ayudan a regular las emociones de manera intrapersonal e interpersonal (Bisquerra, 2017).

Por otro lado, este modelo plantea la inteligencia emocional en términos de una teoría del desarrollo y postula la aplicación en el ámbito laboral y organizacional. En este sentido se considera que es una teoría mixta fundamentada en la motivación, personalidad, neurociencias, entre otros (Guevara , 2011).

García, M., & Giménez, S. ( 2010), sostienen que el coeficiente intelectual y el emocional no se contradicen, más aun se acompañan y complementan, debido a que pueden llegar a una meta en común, ya que ambos conceptos se sirven el uno del otro en la solución de las situaciones problemáticas en el que hacer de las personas.

Fragoso (2015) presenta este modelo mixto que con el pasar del tiempo ha tenido reformulaciones en sus postulados, para el mejor entendimiento de la variable inteligencia emocional, y se compone en cuatro dimensiones con sus respectivas competencias:

A.- El conocimiento de uno mismo: esta dimensión está integrada por la competencia del autoconocimiento emocional. Esta competencia contiene las capacidades de:

- Advertir señales o avisos internos.
- Reconocer como los sentimientos internos afecta el desempeño en el aspecto laboral o personal.
- Evaluar el impacto de los propios sentimientos en el desempeño laboral.

- Atender la intuición y tener apertura en las expresiones emocionales para utilizarla como guías conductas.

B.- La autorregulación: está relacionada con la dimensión de dominio del mundo interno, para el bienestar de uno mismo y el de los demás. Esta dimensión está integrada por las competencias:

- Autocontrol emocional.
- Disposición a los resultados.
- Optimismo y adaptabilidad

C.- La conciencia social: esta dimensión es importante para las adecuadas relaciones personales con los demás y tiene las siguientes competencias:

- Empatía.
- Conciencia organizacional.

D.- La regulación de las relaciones interpersonales: esta dimensión está orientada a la persuasión e influencia sobre los demás. Las competencias que la conforman son:

- Estimulo de liderazgo
- Influencia.
- Dominio de conflicto.
- Cooperación y labor en equipo.

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

Este modelo teórico formulado por Reuven Bar-On en 1997, se basa en las competencias que las personas tienen para adaptarse activamente frente a las exigencias que el entorno le demande, utilizando herramientas personales, emocionales y sociales (Gabel, 2005).

En este sentido este modelo de inteligencia emocional es un modelo mixto porque amalgama las habilidades mentales, como es el caso de la autoconciencia emocional, con otras cualidades disociables de las habilidades mentales, como los estados de ánimo (Contini, 2005).

Ugarriza (2001), explica que el modelo de Bar-On de inteligencia no cognitiva tiene dos formas de enfocarlo: de forma sistémica y de forma tipográfica:

La visión sistémica tiene en consideración las 5 dimensiones principales con sus respectivos subcomponentes que tienen una interrelación lógica y estadística. Estos 5 componentes básicos están conformados por 15 factores de inteligencia emocional y social medidas por el inventario de cociente emocional de Bar-On, y se definen de la siguiente manera:

A.- Componente intrapersonal (CIA).- esta área está compuesto por:

- Comprensión emocional de sí mismo (CM): capacidad para reconocer y entender las emociones y sentimientos propios para distinguir y conocer la causa
- Asertividad (AS): habilidad de comunicar nuestros sentimientos sin lastimar a los demás y abogar nuestros derechos de modo no perjudicial
- Autoconcepto (AC): facultad de entender, aceptar y estimarse a uno mismo, admitiendo los aspectos positivos y negativos, además de las fortalezas y debilidades.
- Autorrealización (AR): capacidad de ejecutar lo que se disfruta, se puede y se quiere hacer en la vida
- Independencia (IN): facultad de tomar decisiones de manera libre y auto guiarse de manera segura en pensamientos sentimientos y acciones.

B.- Componente interpersonal (CIE).- en esta área se integran los siguientes componentes:

- Empatía (EM): es la facultad de ponerse en el lugar de la otra persona y poder entender y asimilar sus sentimientos.
- Relaciones interpersonales (RI): capacidad de entablar relaciones con otras personas caracterizados por la proximidad emocional e intimidad.
- Responsabilidad social (RS): facultad de contribuir y ayudar al grupo social al que pertenece de manera activa.

C.- Componente de adaptabilidad (CAD): esta área está integrada por:

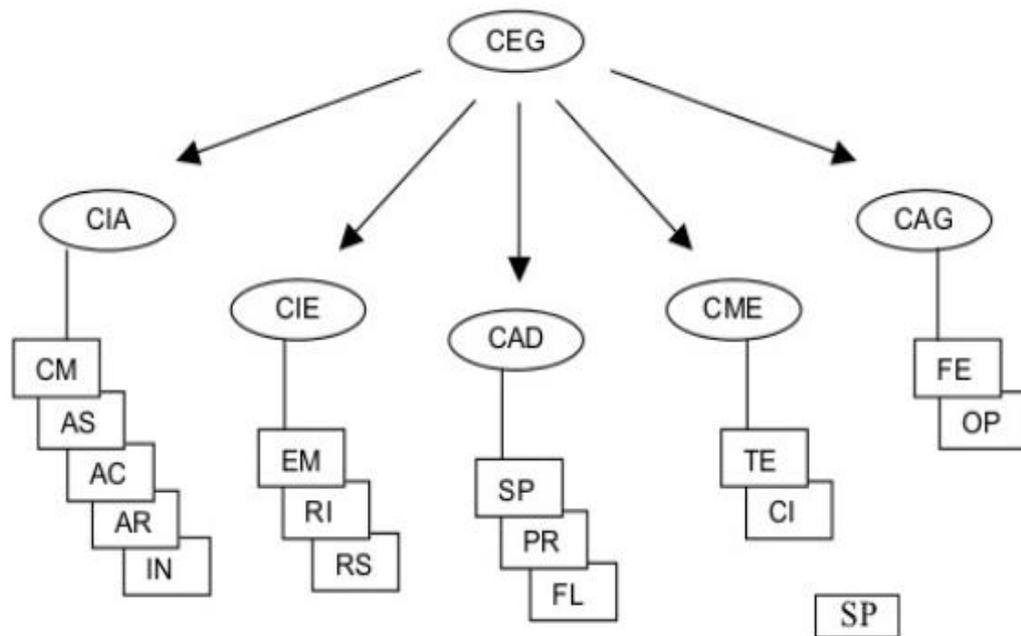
- Solución de problemas (SP): capacidad de reconocer y analizar los problemas, así como aplicar soluciones eficaces
- Prueba de la realidad (PR).- facultad para analizar la relación entre lo que se vivencia y lo que está en la realidad.
- Flexibilidad (FL).- capacidad de acondicionar y reajustar las emociones y sentimientos según sea el contexto y la situación cambiante.

D.- Componente del manejo del estrés (CME).- en esta área se integran:

- Tolerancia al estrés (TE).- facultad de sostener situaciones estresantes y emociones intensas sin abatirse, confrontándolo de manera positiva.
- Control de los impulsos (CI).- facultad para mantener y posponer un impulso y controlar las emociones.

E.- Componente del estado de ánimo en general (CAG).- esta área está integrado por los siguientes elementos:

- Felicidad (FE).- facultad de experimentar satisfacción con la vida y aprovecharlo, expresando sentimientos agradables.
- Optimismo (OP).- capacidad de percibir los aspectos esplendorosos de la vida y nutrir una actitud positiva frente a las dificultades.



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

Figura 2. Componentes del coeficiente emocional del ICE de Bar-On

Fuente: Ugarriza (2005).

La visión topografía de este modelo, ordena los componentes no cognitivos de acuerdo a una jerarquía y rango, como los Factores Centrales (FC) o primarios vinculados con los factores resultantes (FR) o de alto rango. Estos a su vez están enlazados a factores de soporte (FS) o auxiliares que los ayudan. En este sentido los tres factores centrales más relevantes son, la comprensión de sí mismo la asertividad y la empatía. Los otros factores centrales son el control de impulsos y la prueba de la realidad.

El papel de los factores centrales son el de orientar a los factores resultantes como la autorrealización y las relaciones interpersonales. Además los factores resultantes y centrales necesitan de los factores de soporte como un apoyo necesario. Por ejemplo, el ser consciente de los sentimientos y las emociones necesitan del auto concepto, que involucra el respeto y la aceptación de la propia persona.

#### ***2.1.1.3.3 Otros modelos de inteligencia emocional***

Existen otros modelos teóricos de inteligencia emocional que también integran aspectos de personalidad, habilidades cognitivas y otros factores importantes que tienen la finalidad irradiar este concepto en la sociedad.

García, M. y Giménez, S. (2010), señalan la existencia de los siguientes modelos, aunque no sean tan populares, que son importantes mencionarlos:

##### **A) Modelo de Cooper y Sawaf.**

Planteado por Cooper y Sawaf (1998) quienes denominan a este modelo de inteligencia emocional como “el modelo de los cuatro pilares”, por su estructura.

Tiene mayor uso en el área organizacional y el análisis psicológico y filosófico compone en los siguientes puntos que van desde el nivel básico al nivel complejo:

- Alfabetización emocional.- esta área asienta la madurez personal y está constituida por la integridad emocional, la intuición, energía y la conexión emocional y la responsabilidad.
- Agilidad emocional.- este aspecto está alusivo a la plasticidad, la habilidad de escuchar y asumir problemas y solucionarlos de manera efectiva.
- Profundidad emocional.- referido al equilibrio de la vida diaria y el aspecto laboral.

- Alquimia emocional.- facultad de creatividad, aprendiendo a sobrellevar de manera adecuada las dificultades.

### **B) Modelo de Boccardo, Sasia y Fontanela.**

García, S. y Curieses, R. (2017) señalan que este modelo fue propuesto por los años 1999 y su aporte se observa en la diferenciación que se le da a la inteligencia emocional (facultades de autoconocimiento, control y automotivación) e inteligencia interpersonal (reconocimiento de otras emociones y capacidades interpersonales). También refiere que los componentes, se describen de la siguiente manera:

- Autoconocimiento emocional.- inspección de los sentimientos propios.
- Control emocional.- facultad para corresponder y ajustar los sentimientos a diferentes contextos.
- Automotivación.- conducir las emociones para lograr una meta, manteniendo la constancia en la búsqueda de soluciones.
- Reconocimiento de las emociones de los demás.
- Facultad para las relaciones interpersonales.

### **C) El modelo de Matineaud y Engelhartn**

Pérez y Castejón (2006) señalan que este modelo es desarrollado en 1996, contrastando con los demás modelos en el interés hacia los factores internos:

- Comprensión de sí mismo.
- La administración del humor.
- Motivación de uno mismo de manera positiva
- Manejo de impulsos para retardar la gratificación

- Apertura al resto, de forma empática.

#### **D) El modelo de Elías, Tobías y Friedlander.**

García, M. y Giménez, S. (2010) menciona que esta teoría fue desarrollada en 1999, como una propuesta de un modelo integrador de los otros modelos anteriormente mencionados, en consecuencia, los componentes de la inteligencia emocional estarían conformados por:

- Conciencia de los sentimientos propios y del resto.
- Tener actitud empática y entender las opiniones de los demás.
- Controlar los impulsos emocionales.
- Tener metas positivas y conseguir tales objetivos.
- Manejar las habilidades sociales.

#### **E) Modelo de Rovira**

Rovira (1998; citado en Souto, 2012) sostiene que este modelo está basado en habilidades, que explican doce dimensiones que forman parte de la inteligencia emocional, como:

##### 1.- Actitud positiva

- Apreciar los aspectos positivos, más que negativos.
- Valorar los aciertos, el esfuerzo y las utilidades, más que los defectos, los resultados y las caídas.
- Usar el alago sincero.
- Armonizar la paciencia y la exigencia.

##### 2.- Reconocer los sentimientos y emociones propios.

##### 3.- Habilidad para enunciar sentimiento y emociones.

4.- Facultad de manejar sentimientos y emociones.

5.- Empatía

6.- Habilidad de toma de decisión.

7.- Motivación, interés.

8.- Autoestima.

- Seguridad de sí mismo
- Actitud positiva hacia sí mismo.

9.- Actitud de reciprocidad emocional de escucha y compañía.

10.- Poseer valores optativos como el sentido a la vida.

11.- Capacidad prevalecer a los problemas y fracasos

12.- Habilidad de armonizar polaridades.

#### F) **Modelo de Vallés y Vallés.**

Isach (2015), señala que este modelo fue propuesto en 1999, y señala aspectos resaltantes de la inteligencia emocional como:

- Conocer las emociones propias.
- Manejar la frustración que se presente
- Buscar soluciones adecuadas frente a los demás.
- Manejar la ira.
- Aprender a dialogar frente las críticas.
- Respetar opiniones distintas.
- Poseer buen sentido del humor.
- Entender sentimientos ajenos.

- Aprender a interrelacionarse adecuadamente.

### **G) Modelo secuencias de autorregulación emocional.**

Arias y Soto (2012) refieren que este modelo es la propuesta de Bonano en el 2001, quien propone que la persona experimenta un proceso de autorregulación para manejar sus emociones de manera inteligente; por lo tanto, en esta propuesta se observan tres aspectos categoriales importantes:

- Regulación de control: referidos a las conductas automáticas e instrumentales destinados al control de las respuestas emocionales.
- Regulación anticipada: pronosticar lo retos que se presenten en el futuro.
- Regulación exploratoria: conseguir nuevas capacidades para mantener el equilibrio emocional.

### **H) Modelo auto regulatorio de las experiencias emocionales.**

Aramendi (2016) señala que este modelo es propuesto por Higgins, Grant y Shah en el año 1999, y señala que la autorregulación favorece las situaciones emocionales positivas; además, indica que este modelo se fundamenta en los siguientes términos:

- Anticipación regulatoria: trata pronosticar en el futuro el placer o el displacer.
- Referencia regulatoria: sostener un punto de vista positiva o negativa ante un mismo contexto.
- Enfoque regulatorio: etapa última anhelada: pretensiones, autorrealizaciones.

### **I) Modelo de procesos de Barret y Gross.**

Kuniyoshi (2014) señala que esta propuesta fue formulada por Barret y Gross en el año 2001 y formula la idea de la autorregulación emocional sobre la cual se basa la inteligencia emocional. Este modelo se basa en las propuestas anteriores y agrega algunos puntos:

- Selección de la situación: acercamiento o alejamiento de ciertos contextos o personas con la finalidad de afectar las emociones propias.
- Modificación de la situación: ajustarse para cambiar su efecto emocional.
- Despliegue atencional: escoger la parte del contexto en la que se facilita la atención.
- Cambio cognitivo: potenciales significados que se escogen en un escenario.
- Modulación de la respuesta: afectar las directrices de acción.

#### **J) Modelo integrador de García y Giménez.**

García, M. y Giménez, S. (2010), proponen este modelo teórico y recogen aspectos externos de conductas adaptativas con el entorno de las personas, así como aspectos internos como las particularidades propias de las personas. En este sentido, los aspectos internos pueden ser de origen innato y aprendido.

Las dimensiones principales en esta propuesta son:

Endógenas (internas)

- Responsabilidad: facultad de razonar las consecuencias que puedan tener las conductas
- Sentido común: habilidad de proyectar y manejar eventos de manera responsable.
- Voluntad: constancia y perseverancia ante la adversidad.
- Habilidad de aprender: cambiar conductas a partir de eventos vivenciados.

Exógenas (externas)

- Facultad de diseñar modelos mentales desde la experiencia con el entorno.
- Persuasión
- Habilidad de adaptarse al entorno de convivencia y en distintas situaciones.
- Empatía
- Habilidad de relacionarse

#### ***2.1.2.4 Importancia de la inteligencia emocional en la diabetes***

La inteligencia emocional juega un papel regulador y protector en el afrontamiento a los síntomas típicos de las enfermedades crónicas. En este sentido, la inteligencia emocional tiene un papel significativo en el manejo de los factores emocionales que dichas condiciones físicas traen consigo, tales como la depresión, el estrés, entre otros aspectos (Martínez, Piqueras y Ramos, 2010)

Para Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes [EASD] (2013), las personas con diagnóstico de diabetes pueden beneficiarse de la inteligencia emocional, específicamente de la dimensión intrapersonal, en el sentido de que pueden ser más hábiles en reconocer y manifestar sus emociones; además, pueden valorar la influencia en el control de su enfermedad; así como de los factores de estrés que merman su calidad de vida. Esta institución también señala que la dimensión interpersonal también es un factor de apoyo para el control y manejo adecuado de su salud, en el sentido de su interrelación con el personal de salud.

Marcilla (2013), sostiene que la inteligencia emocional en los pacientes diabéticos implica dominar las emociones y administrarlas de manera positiva para el adecuado manejo de la diabetes. En este camino, la inteligencia emocional ayuda a manejar la ansiedad, el estrés y la depresión que son factores vulnerables en el paciente. Por lo tanto recomienda focalizar los pensamientos a aspectos positivos y optimistas de la vida como:

- Pensar que la diabetes nos da la oportunidad de tomar un estilo de vida saludable.
- Pensar que la diabetes ofrece tener una vida ordenada e integral.

La misma postura sostiene Garay (2016), quien señala que las personas con pensamiento optimista hacia la enfermedad, tienen un mejor manejo glucémico a diferencia de los pacientes que tengan conductas evasivas emocionales, quienes tienen dificultades en adherirse al tratamiento; por otro lado también sostiene que el aspecto social y el ambiente

familiar circundante al paciente juega importancia en el tratamiento de la enfermedad. Por lo tanto, el factor interpersonal también sería un factor importante en el paciente.

### **2.1.3 Adherencia al tratamiento médico**

#### ***2.1.3.1 Definición de la adherencia al tratamiento***

En primer término, es importante señalar que en la literatura se encuentran distintos términos para referirse a la adherencia al tratamiento, como cooperación, adhesión, entre otros; pero los más usados por la literatura anglosajona son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence) (Martín, 2004)

En relación al cumplimiento del tratamiento, para Haynes (1987; citado en Borda, Pérez Angeles y Blanco, 2000), es el grado en que el comportamiento del individuo sigue las instrucciones médicas o de salud que se le ha indicado. Esta definición ha recibido muchas críticas por catalogar a los pacientes en cumplidoras e incumplidoras y por designar a los pacientes como entes pasivos en su recuperación. Además el término cumplimiento tiene un enfoque paternalista, debido a que el paciente se involucra en el tratamiento de forma pasiva; pero el término adherencia, toma importancia a la aceptación del paciente en el tratamiento y a su rol activo (Ibarra & Morillo, 2017)

Por otro lado, Martos, Pozo, & Alonso (2010) definen a la adherencia al tratamiento, como una diversidad de conductas complejas que coinciden con la indicación médica, como las de involucrarse en el programa de tratamiento, evitar conductas de riesgo, ir a las citas médicas, etc. Estas conductas son activas y motivadas por el propio individuo. Para estos autores, para que se desarrolle una adecuada adherencia al tratamiento es necesario que se den las siguientes condiciones:

- Aceptación convenida del tratamiento entre médico y paciente, con el fin desarrollar la habilidad conductual de acatamiento y el asentimiento entre ambos.
- Cumplimiento del tratamiento: Es la realización de toda la indicación médica.
- Participación activa en el cumplimiento: es el nivel de compromiso en la ejecución de las indicaciones médicas.
- Carácter voluntario de las acciones para el acatamiento: es el esfuerzo que entrega para el cumplimiento del tratamiento.

Grau & Martín, (2004) definen la adherencia al tratamiento, como un repertorio amplio de conductas dirigidas a avalar el cumplimiento de las indicaciones del personal de salud. Además señala que estas conductas están mediadas por componentes subjetivos como las creencias, los factores volitivos y los conocimientos que tiene el paciente acerca de la condición médica en la que se encuentra. Estos teóricos también plantean que esta variable es el objeto de estudio de la psicología de la salud.

Varela (2010), define la adherencia al tratamiento como las conductas de añadir y sostener nuevas rutinas en el estilo de vida, modificando aquellos que constituyan un peligro para la mejora de la salud, además de buscar nuevas facultades y conocimientos que le ayuden a controlar las situaciones que obstaculicen con las metas del tratamiento

La OMS (2004) define la adherencia al tratamiento, como el nivel en el cual la conducta de la persona, además de seguir las instrucciones médicas adecuadamente, se modifica para el autocuidado personal, el rechazo de las conductas de riesgo para su salud, la adecuada relación con el personal del sistema de salud y el compromiso activo de colaboración en el proceso del tratamiento

### ***2.1.3.2 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento***

La OMS (2004; citado en Reyes et al., 2016) señala que la adherencia al tratamiento es una conducta compleja mediada por distintos factores, los cuales cataloga en 5 dimensiones:

**A) Factor socioeconómico**

Las condiciones económicas y sociales no adecuadas, como el desempleo, la distancia geográfica para la atención del paciente, el elevado precio de los medicamentos, el poco acceso a las atenciones primarias de salud, las creencias, el acceso limitado a la información, son puntos que tienen una influencia directa en la adherencia al tratamiento. En este sentido, las condiciones exteriores al paciente, como la escolaridad, la vulnerabilidad socioeconómica son aspectos importantes para evaluar la efectividad en la búsqueda de la adherencia al tratamiento en el sistema de salud.

**B) Factor relacionado a la atención médica.**

El equipo profesional de salud y el sistema de atención también influyen en la adherencia al tratamiento médico. El sistema de salud que ofrece una atención adecuada, con adiestramiento a sus profesionales en todos los niveles y áreas de servicio de salud, así como una estrategia de salud integrada desde las altas estancias de salud, son predictores de pronósticos positivos en la adherencia a la salud. En este sentido, es importante señalar que las relaciones adecuadas con el personal de salud también son predictores de buena adherencia.

**C) Factores relacionados con la condición del paciente.**

El compromiso físico y psicológico de afección de la enfermedad también influye en la adherencia al tratamiento, debido a la predisposición tanto física, como psicológica que pueda tener el paciente. En este sentido, la depresión, los estados de ánimo negativos y los efectos percibidos están vinculados a la adherencia.

**D) Factores relacionados con el tratamiento.**

La dificultad de la prescripción médica, la duración, los fracasos, los efectos secundarios, entre otros, juegan un papel de desapego hacia la adherencia. En este sentido es importante la simplificación de las indicaciones en el tratamiento para el buen pronóstico de los mismos.

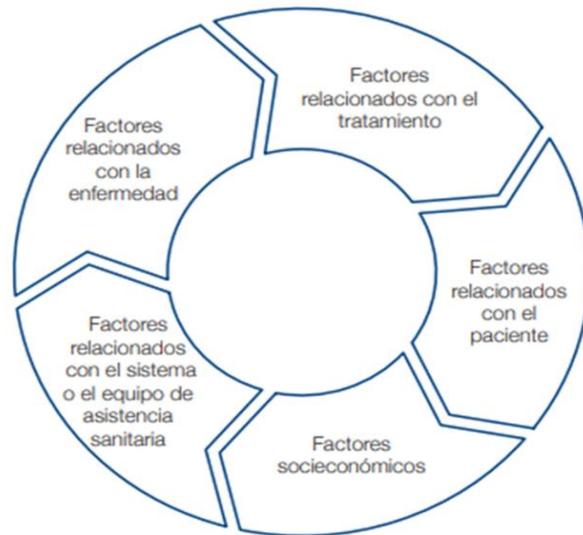
#### **E) Factor relacionado con la autonomía del paciente.**

Los aspectos psicológicos juegan un rol importante en la adherencia al tratamiento como por ejemplo:

- La negación.
- El miedo a la dependencia en otros
- La ansiedad inducida por el sentimiento de estigmatización y el complicado sistema de medicamentos

Por otro lado, Flores, L. (2007; citado en Nieto y Pelayo, 2009) también señala que desde la psicología de la salud, existen factores importantes como:

- a) El terapeuta: la conducta y el compromiso hacia el proceso del tratamiento
- b) La relación paciente – terapeuta: es importante el respeto por el personal de salud y la influencia que tiene en el paciente.
- c) Otros factores: económicos, locación geográfica del centro de salud, entre otras
- d) El mismo paciente: el compromiso y la responsabilidad del pacientes son aspectos importantes, así como:
  - Aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento
  - Poner en práctica las indicaciones (acatamiento)
  - Evitar conductas de riesgo (prevención)
  - Añadir al estilo de vida comportamientos saludables (promoción)



*Figura 3.* Factores que influyen la adherencia al tratamiento

*Fuente:* OMS (2004; citado en Reyes et al., 2016)

### ***2.1.3.3 Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento***

Para Ibarra y Morillo, (2017), la falta de adherencia tiene implicancias sustanciales en aspectos importantes de la persona, que repercuten en consecuencias como:

- **Consecuencias clínicas.**- la enfermedad sigue su curso y los efectos sintomáticos de gravedad, cronicidad se incrementan. Además, La esperanza de vida y los efectos colaterales son negativos
- **Consecuencias económicas.**- el gasto económico es mayor al reiniciar el tratamiento posteriormente. Se incrementan el costo de las medicaciones, los análisis y el costo-efectividad del tratamiento tiene una relación directa.
- **Consecuencias sociales.**- el ámbito familiar y social también se ve afectado en la no adherencia al tratamiento, debido a que el malestar del paciente influye en la economía y el aspecto personal de los miembros del grupo social al que pertenece. En este sentido, Libertad (2005) afirma que la falta de adherencia al tratamiento altera el rol que tiene

como paciente hacia su tratamiento; así como también el rol que tiene dentro de su familia.

#### ***2.1.3.4 Evaluación de la adherencia al tratamiento***

La evaluación del grado de adherencia al tratamiento expresa complejidad por su naturaleza multifactorial, que se expresa en las conductas del paciente y los métodos de evaluación también son variados según el procedimiento y su naturaleza.

De las Cuevas y Sanz (2016), señala que en el área clínica existen dos tipos básicos de métodos de evaluación del grado de adherencia al tratamiento:

**A) Métodos objetivos.-** este método también tiene su subclasificación:

- Método objetivo directo: evalúa la determinación del fármaco o de sustancias traza en los fluidos corporales del paciente. Este método de evaluación requiere el equipamiento necesario y el costo económico es sustancial. En este sentido, algunas técnicas importantes son la monitorización terapéutica y la observación clínica directa.
- Método objetivo indirecto: la evaluación se basa en la información proporcionada del paciente. Este método tiene un costo más económico. Para Quiroz, C. (2012), este método tiene fallas como el de no gozar de objetividad certera y que solo identifica a los que no cumplen el tratamiento.

Los métodos más utilizados son:

- ✓ El recuento de comprimidos (registro del uso de la medicación)
- ✓ Asistencia a citas programadas.-
- ✓ Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada (detecta el grupo de personas con fracaso en la adherencia)
- ✓ Base de datos de las farmacias
- ✓ Valoración de los efectos adversos de los medicamentos

- ✓ Monitorización electrónica (analiza el momento en el que se abre el dispensador de la medicina y otros patrones de uso)

**B) Metodo subjetivo.**- este metodo evalúa a el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre su condición médica y las técnicas mas utilizadas son:

- El criterio o juicio médico
- Las entrevistas
- Los cuestionarios como:
  - ✓ Test de Batalla: utilizado en la evaluación de la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial
  - ✓ Test de Morisky-Green: medición de la conducta de consumo de medicamentos mediante cuatro preguntas. No considera otros factores de adherencia.
  - ✓ Método de cumplimiento autocomunicado: evalúa las creencias sobre la salud del propio paciente, así como su conducta adherente.
  - ✓ Comprobación fingida: este método procura que el paciente sea sincero en sus respuestas.

Así mismo, Martos, Pozo, y Alonso (2010) también refieren que basados en investigaciones importantes, existen distintos sistemas de evaluación para verificar la adherencia al tratamiento médico como:

- Los autoinformes: por su naturaleza subjetiva, es la menos fiable; pero es uno de los más utilizados en la parte clínica porque es el paciente quien señala directamente si se cumple las prescripciones del tratamiento.
- Los informes de las personas próximas al paciente: para mejorar la fiabilidad de los autoinformes, esta es una buena herramienta.
- Las estimaciones de los médicos: evalúa resultados del tratamiento, más que el seguimiento de ello. Se fundamenta en criterios subjetivos.
- Los autoregistros: es el registro de datos como la frecuencia, duración en el seguimiento de las indicaciones.
- La medición de consumo de medicamentos: evaluación de los envases y el conteo de las tabletas consumidas por el paciente en un determinado tiempo.
- Las mediciones bioquímicas: los marcadores al medicamento también permiten informar la presencia de los medicamentos en la ingesta; aunque no se determina el momento exacto

### ***2.1.3.5 Modelos explicativos de la adherencia al tratamiento***

Para Martos, Pozo y Alonso (2010) existen dos modelos teóricos que explican la conducta de adherencia al tratamiento, basándose en el predominio del componente psicosocial, como las creencias y actitudes para modular la adherencia:

#### **A) Teoría de la Acción Razonada**

Reyes (2007) refiere que este modelo fue propuesto por Fishbein y Ajzen en 1980, quienes señalan que el comportamiento humano está relacionado a las creencias, actitudes e intenciones y su posterior toma de decisiones a nivel comportamental. Por lo tanto, esta teoría se fundamenta en el criterio de que el ser humano es racional y puede realizar una conducta

social, de tal modo que la intención, la motivación y el razonamiento encaminan gran parte de las conductas sociales.

Esta teoría plantea que la conducta se puede predecir a partir de las actitudes, las intenciones y las creencias vinculadas a la tendencia e influencia social, si la persona evalúa las consecuencias positivas y negativas de ejecutar el comportamiento objeto de la actitud. La intención está relacionada a las creencias sobre los resultados del comportamiento y la evaluación sobre estas. Otro factor vinculado a la intención es la creencia que tiene el ser humano sobre la presión social (norma social) en la ejecución o no de alguna conducta. En este sentido, la persona tomará ciertas decisiones en su conducta bajo la creencia que las demás personas de su grupo actuarían del mismo modo.

## **B) Modelo de creencias de salud (MCS)**

Moreno & Gil (2003), explican que esta teoría fue formulada por Rosenstock en 1974, y que también tiene una base psicosocial que postula un enfoque preventivo y protector de la salud. Así mismo, sostienen que se nutre de teorías psicológicas como la teoría de campo de Lewin, la teoría de sobre la toma de decisiones, entre otras.

Esta propuesta teórica sostiene que los individuos no tendrán comportamientos de salud preventivas, protectores, de participación, de adherencia al tratamiento y rehabilitación según los siguientes aspectos

- Carece de motivación e información relevantes para su salud (motivación de salud).
- Se perciben frágiles a padecer cierta enfermedad (vulnerabilidad percibida).
- Perciben la enfermedad como muy amenazante (dificultad percibida)

- Están persuadidos de la eficacia de la intervención (apreciación diferencial de costos y beneficios)
- Visualizan pocos problemas para encaminar la acción fundamentando eficaz las medidas para aminorar las amenazas (claves para la acción, como los síntomas, indicaciones de salud o las relaciones con los demás)

Es importante mencionar que los tres primeros aspectos son percepciones de amenaza contra la salud y los dos últimos son creencias para reducir esas amenazas. En este sentido, la importancia de este modelo en las conductas de salud, se resumen en lo siguiente:

Primero la realización de comportamientos de salud está en función a la intención del sujeto, de ejecutarlo. Esta intención está fijada por la creencia de amenaza de la enfermedad. Asimismo, la amenaza está fijada por la creencia de vulnerabilidad de su condición de salud, la gravedad percibida de los efectos de contraer el malestar y las claves para buscar el comportamiento de salud adecuado.

Segundo, la posibilidad de que el sujeto, realice conductas protectoras esta fijada por la calificación que se hace de la conducta en función de su viabilidad y los beneficios para disminuir la vulnerabilidad y la gravedad, contrarrestada por los costos que implica tal ejecución de la conducta.

Tercero, la percepción de peligro se impulsa, emitiendo el proceso de ejecución de la conducta saludable por algún evento clave, como las sugerencias familiares, los entes de comunicación masiva, o un modelo personal con la misma condición de salud

### **B.1 Modelo de creencias de salud y la adherencia al tratamiento**

Moreno y Gil (2003) también afirman que este modelo brinda explicaciones a distintas conductas relacionados a la salud, y en función a lo mencionado sobre los postulados de esta teoría, sostienen que la conducta de adherencia se relacionada con distintas creencias como:

- La motivación para la salud (interés de reconquistar su salud).
- La severidad observada de su enfermedad (la adherencia se incrementa cuando observan que la enfermedad es más grave).
- La vulnerabilidad percibida (las conductas de adherencia al tratamiento se incrementan cuando existe el supuesto de que los pacientes pueden enfermar)
- Autoeficacia percibida (creencia sobre su habilidad para enfrentar su enfermedad)
- Beneficio divisado al adherirse al tratamiento, el valor que el paciente le da a su salud subjetiva y la visualización de su salud

Por otro lado Ortego, López y Álvarez (2011) describen dos modelos más, no menos importantes, que explican la conducta de adherencia al tratamiento:

### **C) Modelo de los Sistemas Autorreguladores de Leventhal.**

Este modelo fue propuesto por Leventhal (1980; citado en: Casas, Pérez y Bautista Samuel, 2012) con el fin de mejorar las teorías anteriores como la Teoría de acción razonada y Modelo de Creencias de Salud.

Este modelo teórico plantea que las personas son entes activos y están en un proceso constante de evaluación de su estado actual para preservar su estado funcional perfecto, mediante la retroalimentación. En este sentido, las personas buscan autorregularse constantemente para adaptarse en circunstancias de enfermedad, en un tiempo determinado. Las respuestas conductuales hacia la enfermedad estarían definidos por las creencias de sentido común sobre la enfermedad como:

- Identidad (etiqueta, síntomas).
- Origen-efecto
- Estado físico actual, ideal y real.
- Experiencia emocional.
- Evaluación de todos estos factores.

Esta propuesta, plantea la existencia de un par de sistemas en el proceso mencionado. La primera es el procesamiento de una representación real del peligro en la salud. El segundo proceso involucra las respuestas emocionales frente al peligro y las tácticas para manejar esa emoción. Estos procesos gozan de independencia, pero también pueden obstaculizarse mutuamente.

La autorregulación se inicia con la percepción de los estímulos ambientales e internos que inicia el desarrollo de la autorregulación. En un plano se encuentran:

- El proceso cognitivo, sintético de los estímulos, en base al sentido común que se tenga referencia sobre la enfermedad, sus probables amenazas y la vulnerabilidad percibida.
- Los métodos de acción y la determinación comportamental para enfrentar la enfermedad.
- La estimación de resultados de los comportamientos realizados, evaluando el logro de los objetivos del estado ideal, que iniciaron el proceso de autorregulación.

En el otro plano, existen otros niveles que representan al proceso de representación emocional de estímulos, donde la subjetividad emocional son elementos guía del comportamiento. Estos son:

- Experiencia emocional.
- Planes de acción para afrontarlas.
- Evaluación.

Este modelo ha aportado en gran medida sobre los estudios sobre las creencias de la salud y la enfermedad al involucrar las emociones como elemento importante en la toma de decisiones de las conductas dirigidas hacia la salud-enfermedad; pero se limita al proponer que las personas examinan la enfermedad solo desde sus síntomas físicos.

#### **D) Modelo de Autoeficacia de Bandura**

Olivari y Urra (2007) manifiestan que este modelo teórico social cognitivo fue propuesto por Bandura en 1986, y toma en sus investigaciones la determinación de las expectativas en el proceso de cambio de hábitos de comportamiento. Además, señalan que para Bandura, la conducta del ser humano y su aspecto volitivo, están regulados por las creencias de control que involucra tres tipos de expectativas:

- a) Expectativas de situación-resultado: los eventos ambientales producen consecuencias independientemente de la gestión personal.
- b) Expectativas de acción-resultado: la acción personal es causa de las consecuencias. Este tipo de expectativa influye en las conductas saludables.
- c) La autoeficacia percibida: es la confianza personal en las habilidades para ejecutar una acción que se necesita para el logro de resultados deseados. Este tipo de expectativa también influye de manera positiva en la toma de hábitos de conducta saludable y la eliminación de conductas de riesgo. En este sentido la autoeficacia percibida es influyente del comportamiento saludable, por que interviene en dos niveles:
  - Mediador cognitivo ante el estrés, por la confianza de superar este evento activa los componentes fisiológicos que median la salud
  - Variable cognitivo-motivacional, que regula la constancia de conductas y hábitos seleccionados.

Bandura da importancia a la autoeficacia, por considerar que determina de manera positiva en el aspecto motivacional, cognitivo y afectivo; por lo tanto se podrá enfrentar de manera adecuada a los eventos de estrés, ansiedad y a los estímulos amenazantes con una adecuada estrategia.

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo aplicada, debido a que los resultados de la investigación servirán para la mejora en el servicio de salud de la institución (Sánchez Carlessi y Sánchez Vargas, 2015). Así mismo, de alcance descriptivo, ya que caracterizan las variables a correlacionarse (Valderrama, 2015)

Además, es un diseño no experimental, de corte transversal, debido a que no existe la manipulación de ninguna variable y la evaluación se dio en un solo momento determinado. Además es de tipo correlacional, ya que busca ver la relación de las variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

#### **3.2 Ámbito Temporal y Espacial**

La investigación se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM), perteneciente a las redes de salud del Ministerio de Salud (MINSA), ubicado en la av. Miguel Grau Nro. 1300, Cercado de Lima – Perú, durante el mes noviembre del 2018.

#### **3.3 Variables**

##### **3.3.1 variables de estudio.**

Variable (X): Inteligencia emocional

Variable (Y): Adherencia al tratamiento médico

##### **3.3.2 Operacionalización de las variables.**

Tabla 1  
Operacionalización de la variable inteligencia emocional

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Inteligencia emocional.	las habilidades, potencialidades y destrezas personales que determinan significativamente en la adaptación de las personas frente a las exigencias de su medio ambiente (Bar-On, 1997; citado en Ugarriza y Pajares, 2005)	Toma la definición de medida según las puntuaciones alcanzadas en el ICE de Bar-On, adaptado por Ugarriza (2001): 130 – más: Muy Alta 129-115: Alta 114-86: promedio 85-70: Baja 69-menos: Muy baja.	Intrapersonal	Comprensión de sí mismo. Asertividad. Autoconcepto. Autorrealización. Independencia.
			Interpersonal	Empatía. Relaciones interpersonales. Responsabilidad social.
			Adaptabilidad	Solución de problemas. Prueba de realidad. Flexibilidad.
			Manejo de estrés	Manejo de estrés. Control de impulsos.
			Estado de ánimo general	Felicidad. Optimismo.

Fuente: elaboración propia.

*Tabla 2*  
*Operacionalización de la variable Adherencia al tratamiento médico*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Adherencia al tratamiento	Es el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas de naturaleza médica o psicológica y conductual.	Las variables son medidas a través de la Escala de Medición de Estanones.	Características del tratamiento	- Tratamiento farmacológico - Tratamiento no farmacológico: Dieta Ejercicios Educación
		Los valores que alcanzan están entre los 20 a 66 puntos: No existe adherencia: (20–43 pts.) Adherencia inadecuada o sub óptima: (44 – 51 pts.) Adherencia óptima: (52– 66 pts.)		Relación paciente - personal de salud.  Relación interpersonal con el equipo de salud.  Edad Sexo Ingreso económico Ocupación Grado de instrucción.
			Dependiente del paciente	

Fuente: elaboración propia.

### 3.4 Población y muestra

La población de estudio está conformada por 428 pacientes con diagnóstico de diabetes asistentes al Hospital Nacional Dos de Mayo, que reciben tratamiento y atención médica ambulatoria (consulta externa) durante el mes de noviembre.

La muestra está conformada por 112 pacientes diabéticos entre hombres y mujeres, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo probabilístico, para lo cual se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{NZ^2P(1-P)}{z^2P(1-P)+(N-1)E^2}$$

Donde:

N= población

n= muestra

z= nivel de confianza

E= error máximo

P= proporción de una categoría de variable

Tabla 3  
*Análisis Descriptivo de la Muestra de Estudio*

VARIABLES	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	Adulto joven (30 – 59)	64	57.1
	Adulto mayor (60 – 81)	48	42.9
Sexo	Femenino	81	72.3
	Masculino	31	27.7
Grado de instrucción	Primaria	31	27.7
	Secundaria	52	46.4
	Superior	29	25.9
Zona de residencia distrital	Norte	9	8.14
	Sur	16	14.3
	Este	44	39.3
	Cercado	43	38.4
Religión	Católica	102	91.1
	Evangélica	4	3.6
	Otro	6	5.4
Programa pie diabético	Si	60	53.6
	No	52	46.4

Fuente: elaboración propia.

### **3.4.1 Criterios de exclusión e inclusión de la muestra**

#### **A) Criterios de inclusión**

Pacientes con diagnóstico de diabetes.

Pacientes sin discapacidad auditiva o visual.

Pacientes que tiene tratamiento médico ambulatorio.

Pacientes mayores a 18 años.

Pacientes de ambos sexos.

#### **B) Criterios de exclusión**

Pacientes diabéticos hospitalizados

Pacientes diabéticos que no asistan al Hospital Nacional Dos de Mayo

Pacientes que demuestren cansancio durante la evaluación

## **3.5 Instrumentos**

### **3.5.1 Cuestionario de adherencia al tratamiento médico en pacientes diabéticos**

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

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

La confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de la aplicación de una prueba piloto, para ello se usaron fórmulas estadísticas el Alfa de Cronbach y el del  $K$  de Richarson. Los resultados obtenidos fueron: Alfa de Cronbach = ,9 > ,5 y Kuder Richardson = ,6 > 0,0 Estos resultados indica que el instrumento en su consistencia y coherencia interna son adecuados.

Para objeto del presente trabajo, también se realizó la confiabilidad de la consistencia interna de la prueba en la muestra de investigación, utilizando el estadístico de Alfa de Cronbach.

Tabla 4  
*Análisis de la Consistencia Interna del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Médico*

Alfa de Cronbach	Número de elementos
,639	20

Fuente: elaboración propia

En a tabla 4 se observa un puntaje de Alfa de Cronbach de .639; por lo tanto, el instrumento es aceptable y confiable para los propósitos de la investigación.

### **3.5.2 Cuestionario de Inteligencia Emocional de Bar-On**

Para evaluar la variable inteligencia emocional se utilizó el inventario ICE de Bar-On, que fue diseñado por Reuven Bar-On en el año 1997. Este instrumento consta de 133 ítems que conforman 15 factores, y estos a su vez conforman las 5 dimensiones de la inteligencia emocional. Las respuestas son de alternativas múltiples, tipo Likert, como: nunca es mi caso, casi nunca es mi caso, a veces es mi caso, casi siempre es mi caso y siempre es mi caso. El tiempo aproximado de aplicación es de 45 minutos, no teniendo un límite de tiempo establecido.

En nuestro país este instrumento de evaluación fue estandarizado y adaptado por Ugarriza (2001) en una muestra representativa a la población de 1996 personas habitantes de Lima Metropolitana, entre varones y mujeres de 15 años de edad a más. Se verifico adecuadamente el análisis factorial 5-1 propuesta por el autor del instrumento. Además al análisis del coeficiente alfa de Cronbach se verifica un puntaje de .93 para el CE total, confirmando la existencia de consistencia interna de instrumento.

Para el presente estudio, utilizando el softare SPSS, se realizó la confiabilidad de la consistencia interna de la prueba con el estadístico Alfa de Cronbach en la muestra de investigación, el cual se muestra:

Tabla 5  
*Análisis de Consistencia Interna del ICE- Bar-On*

Alfa de Cronbach	Número de elementos
,930	133

Fuente: elaboración propia

En la tabla 5 observa que el puntaje obtenido del Alfa de Cronbach = .930, el cual incida que el instrumento tiene una confiabilidad adecuada y satisfactoria para los propósitos del presente trabajo.

### **3.6 Procedimientos**

Para la realización de la presente investigación, se gestionó el permiso a la institución hospitalaria y gracias al personal de salud, los médicos, enfermeros, psicólogas y a la institución hospitalaria, se pudo acceder a un espacio de evaluación cercana a los consultorios externos del servicio de endocrinología y proceder con la investigación

Antes de proceder a la recolección de la información se le entregó a cada paciente seleccionado para la muestra, el documento de consentimiento informado y posteriormente se procedió a la evaluación con los instrumentos de investigación. La evaluación se realizó en algunos casos de manera grupal y en otras de manera individual, con un promedio de 5 evaluados por día, en promedio.

### 3.7 Análisis de Datos

Recolectado la información en el tiempo precisado, se diseñó una base de datos en el software de Microsoft Excel. Posteriormente, se realizó el análisis de los datos mediante el software estadístico SPSS versión 22. En esta dirección, y como primer paso para la elección del estadístico a trabajar, se utilizó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos.

Tabla 6  
*Análisis de la Distribución de los Datos a través de la Prueba Estadística Kolmogorov-Smirnov*

		Adherencia tratamiento médico	al Inteligencia emocional
	n	112	112
Parámetros normales <sup>(a,b)</sup>	Media	48,25	89.18
	Desviación estándar	5,279	7,875
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0,103	0,127
	Positivo	0,086	0,065
	Negativo	-0,103	-0,127
Estadístico de prueba		0,103	0,127
Sig. Asintótico (bilateral)		,005 <sup>(c)</sup>	,000 <sup>(c)</sup>

Nota: <sup>(a)</sup> La distribución de prueba es normal, <sup>(b)</sup> Se calcula a partir de datos, <sup>(c)</sup> Corrección de significación de Lilliefors.

Tal como se puede observar en la tabla 6, el análisis de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, muestra que los datos no siguen una distribución normal, debido a que el nivel de significancia es menor a que  $p < .05$  en los datos de las dos variables de estudio; por lo tanto, las variables de investigación se correlacionaron mediante el estadístico Rho de Spearman

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 Análisis descriptivo de los datos.

Tabla 7

*Análisis de Contingencia de las Variables Inteligencia Emocional y Adherencia al Tratamiento*

		Adherencia al tratamiento			
		No existe	Inadecuada	Optima	Total
Muy bajo	Recuento	2	0	0	2
	% del total	1,8%	0,0%	0,0%	1,8%
Inteligencia emocional bajo	Recuento	27	3	0	30
	% del total	24,1%	2,7%	0,0%	26,8%
promedio	Recuento	2	59	19	80
	% del total	1,8%	52,7%	17,0%	71,4%
Total	Recuento	31	62	19	112
	%del total	27,7%	55,4%	17,0%	100,0%

En la tabla 7 se observa que el 71,4% de la muestra tienen un coeficiente emocional promedio. De estos, el 52,7% tienen una inadecuada adherencia al tratamiento y solo el 17,0% tiene una adherencia óptima al tratamiento. Así mismo, el 26,8% de la muestra tiene un coeficiente emocional bajo. En este grupo, en el 24,1% no existe adherencia al tratamiento y

en ningún participante existe una adherencia óptima. Además, se observa que solo el 1,8% tiene un coeficiente emocional muy bajo y sin existencia de adherencia al tratamiento.

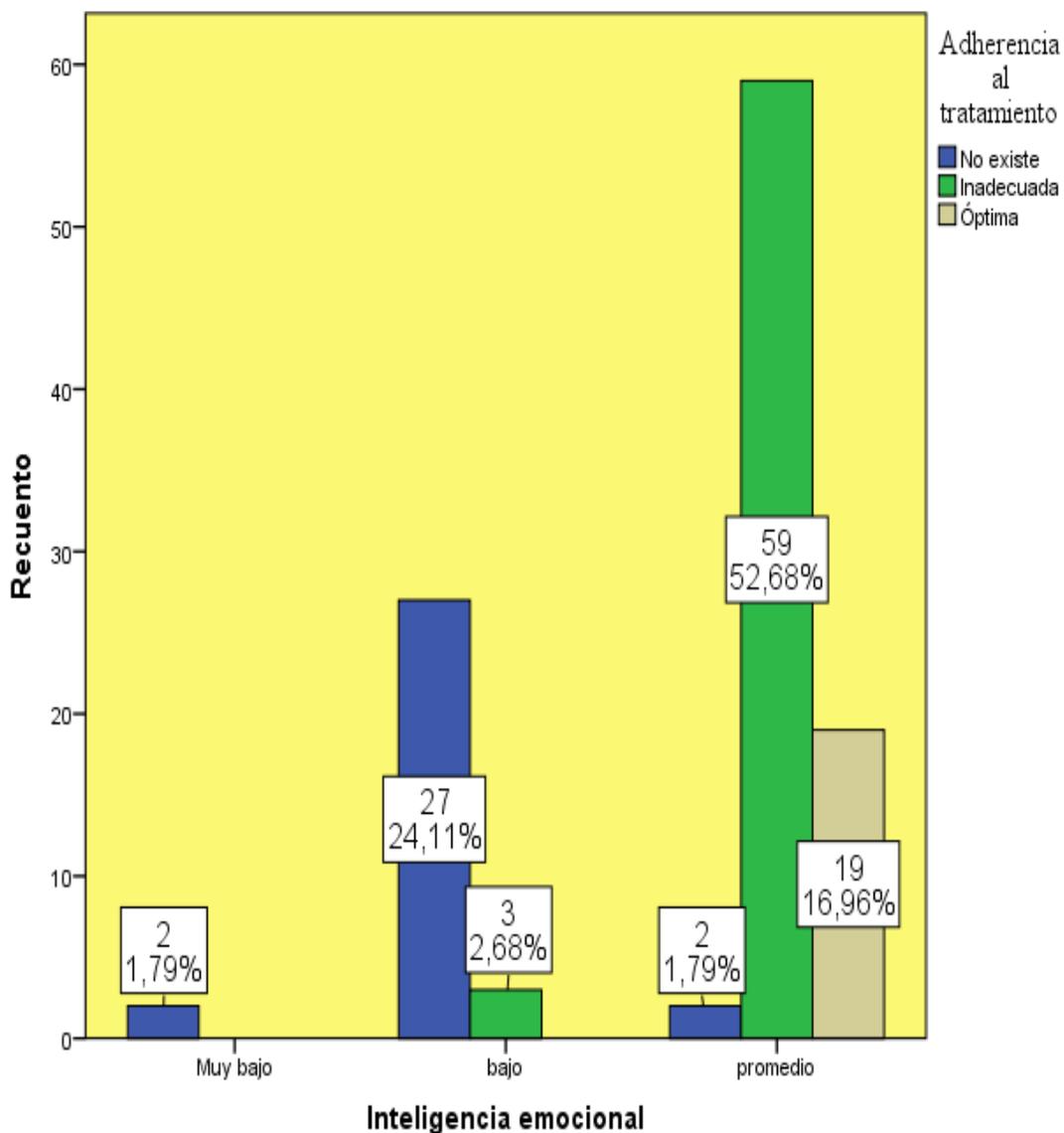


Figura 4. Análisis descriptivo y comparativo de la inteligencia emocional y adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos.

En la figura 4 se puede observar de manera gráfica lo mencionado en la tabla 7. Se observa un mayor porcentaje de personas con una inadecuada adherencia al tratamiento médico dentro del grupo de personas con una inteligencia emocional promedio. Así mismo, también se observa que el 24,11% de personas que tienen una inteligencia emocional baja, no tienen

una adherencia al tratamiento médico. Por otro lado, también se observa que en la muestra estudiada, ningún paciente tiene una inteligencia emocional alta o muy alta, visualizándose mayor porcentaje de personas con un coeficiente emocional promedio. Además, se visualiza que el 17% de personas con una adherencia óptima, también están dentro del grupo de personas con una inteligencia emocional promedio.

#### 4.2 Análisis inferencial de los datos.

Tabla 7

*Análisis inferencial de correlación entre las variables Inteligencia emocional y Adherencia al tratamiento.*

			Coeficiente emocional	Adherencia al tratamiento médico
rho de Spearman	Inteligencia emocional	Coeficiente de correlación	1,000	,636**
		Sig. (bilateral)		,000
		n	112	112
	Adherencia al tratamiento médico	Coeficiente de correlación	,636**	
		Sig. (bilateral)	,000	
		n	112	112

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

En la tabla 8 se observa que el coeficiente Rho de Spearman muestra una correlación directa, alta ( $\rho = ,636$ ) y significativa ( $p < ,05$ ) entre las variables de la inteligencia emocional y adherencia al tratamiento médico.

Tabla 8  
*Análisis de Correlación entre la Dimensión Intrapersonal y la Variable Adherencia al Tratamiento Médico*

		Adherencia al tratamiento médico	Dimensión intrapersonal
rho de Spearman	Adherencia al tratamiento médico	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,487**
		n	112
		Coefficiente de correlación	,487**
		Sig. (bilateral)	1,000
		n	112
	Dimensión intrapersonal	Coefficiente de correlación	,487**
		Sig. (bilateral)	1,000
		n	112

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

En la tabla 9 se muestra que existe una correlación directa, moderada ( $rho = ,487$ ) y significativa ( $p < ,05$ ), entre la dimensión intrapersonal y la variable adherencia al tratamiento

Tabla 9  
*Análisis de correlación entre la dimensión interpersonal y la variable Adherencia interpersonal.*

			Adherencia al tratamiento	Dimensión interpersonal
rho de Spearman	Adherencia al tratamiento médico	Coefficiente de correlación	1,000	,542**
		Sig. (bilateral n	112	,000 112
	Dimensión interpersonal	Coefficiente de correlación	,542**	1,000
		Sig. (bilateral n	,000 112	,000 112

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 10 se observa que existe un correlación directa, también es moderada ( $\rho = ,542$ ) y significativa ( $p < .05$ ), entre la dimensión interpersonal y la variable adherencia al tratamiento

Tabla 10

*Análisis de correlación entre la dimensión adaptabilidad y la variable Adherencia al tratamiento médico*

		Adherencia al tratamiento médico	Dimensión de adaptabilidad
rho de Spearman	Adherencia al tratamiento médico	Coefficiente de correlación	1,000
			,399**
		Sig. (bilateral)	
		n	112
		Coefficiente de correlación	,399**
		Sig. (bilateral)	,000
	Coeficiente de adaptabilidad		1,000
			112
			112

**\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).**

En la tabla 11 se visualiza que existe una correlación directa, moderada ( $\rho = .399$ ) y significativa ( $p < .05$ ), entre la dimensión de adaptabilidad y la variable adherencia al tratamiento.

Tabla 11  
*Análisis de Correlación entre la Dimensión Manejo de Tensión y la Variable Adherencia al Tratamiento Médico.*

		Adherencia al tratamiento médico	Dimensión de manejo de tensión
rho de Spearman	Adherencia al tratamiento médico	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,429
		n	112
	Dimensión de manejo de tensión	Coefficiente de correlación	,075
		Sig. (bilateral)	,429
		n	112

En la tabla 12 se visualiza que existe una correlación directa, baja ( $\rho = ,075$ ) y no significativa ( $p > ,05$ ), entre la dimensión manejo de tensión y la variable adherencia al tratamiento.

Tabla 12

*Análisis de correlación entre la dimensión estado de ánimo y la variable Adherencia al tratamiento médico*

		Adherencia al tratamiento médico	Dimensión estado de ánimo
rho de Spearman	Adherencia al tratamiento médico	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral n	,449** 112
	Dimensión estado de ánimo	Coefficiente de correlación	,449**
		Sig. (bilateral n	,000 112

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 13 se observa que existe una correlación directa, moderada ( $rho = ,449$ ) y significativa ( $p < .05$ ), entre la dimensión estado de ánimo y la variable adherencia al tratamiento.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

A partir de los hallazgos encontrados, se acepta la hipótesis principal general que establece que existe relación entre las variables Inteligencia emocional y Adherencia al tratamiento médico en los pacientes diabéticos de un centro hospitalario de Lima.

Estos resultados concuerdan con lo encontrado en una investigación de García, Rodríguez y López (2013) y Fuentes (2015) quienes hallaron que la inteligencia emocional es un factor que se relaciona a la adherencia al tratamiento médico; así como el trabajo de Núñez y Castillo (2018), quienes también encontraron la relación entre la inteligencia emocional con el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular debido a la falta de cuidado en su salud. Es preciso señalar que los efectos colaterales generalmente ocurren cuando los pacientes no siguen las recomendaciones médicas e incurren en conductas de riesgo y no se adhieren al tratamiento. En este camino, la investigación de López y Cejudo (2015), sobre la relación entre inteligencia emocional, como variable mediadora de los efectos colaterales de la enfermedad crónica, también apoyan los resultados hallados en la presente investigación. En relación a la adherencia al tratamiento médico, los estudios también muestran la relación entre esta y los factores psicológicos como la personalidad, las conductas saludables (Granados y Escalante, 2010) y la motivación (García y Morales, 2015).

En estas investigaciones se puede observar la importancia y la relación que guarda de la variable inteligencia emocional en la adherencia al tratamiento, debido a que la adecuada

administración de la inteligencia emocional se asocia significativamente en el manejo de la adherencia al tratamiento médico, en los pacientes que padecen de diabetes.

Estos resultados, también apoyan lo planteado en el marco teórico, sobre la importancia del factor relacionado con la autonomía del paciente, como los aspectos psicológicos (OMS, 2004; citado en Reyes et al., 2016). En este sentido, los aspectos psicológicos y emocionales juegan un papel importante en la dirección de las conductas como la adherencia al tratamiento médico, que es importante para la mejora en la calidad de vida del paciente diabético.

Los modelos teóricos que explican lo hallado en los resultados de la hipótesis general son apoyados por distintos modelos como el Modelo de Creencias de salud (MCS) que menciona la importancia del factor psicosocial, como la motivación, la toma de decisiones, las relaciones interpersonales, entre otras. El Modelo de la Teoría de Acción Razonada también muestra la importancia de los factores psicosociales como la intención, la motivación, el razonamiento, la influencia de las relaciones interpersonales y las creencias como influyentes en la rehabilitación y la toma de decisiones de conductas saludables; pero con el aspecto que no coincide es en lo referente a que la percepción de peligro y amenaza que trae la enfermedad es el que impulsa la ejecución de la conducta saludable como el adherirse al tratamiento. Por otro lado, el Modelo de Sistemas Autorreguladores de Leventhal apoya lo encontrado con la premisa de que las personas son entes activas y que están en constante evaluación de su salud y su estado funcional. Esto le da importancia al factor psicológico, las respuestas tácticas y las subjetividades emocionales que presentan frente a la enfermedad. En relación al modelo de la autoeficacia de Bandura, también es importante señalar que el aspecto psicosocial, cognitivo, motivacional y la autoeficacia juegan un papel importante en la conducta saludable como la adherencia al tratamiento médico.

Podemos observar que existe un sustento teórico que da indicios y respalda lo postulado y encontrado en la hipótesis general. La inteligencia emocional y las distintas variables asociadas, están jugando un papel importante en el ámbito de la salud y las variables que también se relacionan a esta, como la adherencia al tratamiento médico.

Al análisis de las hipótesis específicas, en primer término, se acepta la primera hipótesis específica de la existencia de relación entre la dimensión intrapersonal y la variable adherencia al tratamiento médico en pacientes diabéticos.

Los resultados confirman lo hallado en García y Rodríguez (2013) y Portilla (2011) sobre la dimensión comprensión de las emociones y autocuidado, respectivamente, que se vinculan a la adherencia al tratamiento médico. Así mismo también apoyan las investigaciones relacionados a la dimensión intrapersonal, como el auto control (Fuentes, 2015), el mayor autocuidado de la alimentación (Ortiz, Ortiz, Gatica, y Gómez, 2011), la claridad y reparación frente a las dificultades emocionales en pacientes con enfermedad crónica (López y Cejudo, 2015).

Aunque la inteligencia emocional de estas investigaciones están basado en otros modelos teóricos explicativos, es importante señalar que guardan relación con las dimensiones mencionadas en el modelo teórico del ICE de Bar-On (1997)

Los modelos explicativos sobre la conducta de adherencia al tratamiento que respaldan lo encontrado en los resultados del análisis de esta hipótesis específica están en el Modelo de Autoeficacia de Bandura, en cuanto se refieren a la autoeficacia percibida, como la creencia de la capacidad de poder controlar la enfermedad. Este aspecto podría vincularse con los indicadores de autoestima y autorrealización de la dimensión intrapersonal de la inteligencia emocional.

El análisis de la segunda hipótesis específica, nos indica que se acepta la hipótesis de la existencia de relación entre la dimensión interpersonal y la variable adherencia al tratamiento médico.

Los resultados hallados refuerzan la investigación realizadas por De la Cruz (2010) sobre la relación entre inteligencia emocional y habilidades sociales en pacientes con una enfermedad crónica, debido a la importancia que se tiene para mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Otra investigación que apoya la hipótesis planteada son las observadas en López y Cejudo (2015) sobre la inteligencia emocional, específicamente sobre la dimensión claridad, como la capacidad de ponerse en el lugar de otro reconocer sus sentimientos, y los riesgos emocionales de las enfermedades crónicas. Por otro lado las investigaciones de Condori y Cruz (2017) y Lagos y Flores (2014) sobre funcionalidad en el núcleo familiar en la adherencia al tratamiento y el automanejo de las enfermedades crónicas, refuerzan los datos mostrados en el presente estudio.

Los modelos teórico que explican la influencia de las relaciones interpersonales en la adherencia al tratamiento médico los encontramos en el Modelo de la Acción Razonada, quien afirma que la presión social y la tendencia de comportamiento social juegan un papel importante en la elección de la conducta de adherencia, no sin antes ser racionalizado por el paciente, quien evalúa según su propia motivación. Por otro lado el Modelo teórico de Autoeficacia de Bandura, también explica la importancia de las relaciones interpersonal, debido a que el observar que otra persona también puede lograr satisfactoriamente las metas planteadas, puedan ser un incentivo para lograr las mismas metas, como lograr la calidad de vida adecuada gracias a la conducta de adherirse a un tratamiento médico

El análisis de la tercera hipótesis específica, nos señala que se acepta la hipótesis de la existencia de relación entre la dimensión adaptabilidad y la variable adherencia al tratamiento médico.

La investigación que apoya lo encontrado en el presente trabajo lo encontramos en Gonzáles, Ramírez, y Herrero (2007) sobre inteligencia emocional y la variable de afrontamiento del dolor crónico, debido a que las personas que utilizan mejor sus recursos personales pueden adaptarse mejor al dolor crónico que padecen, seguidamente de la mejora del funcionamiento diario que implicaría en la adherencia a su tratamiento médico. En este camino, la investigación realizada por Fuentes (2015), aunque en una investigación de tipo cualitativa, resalta la importancia a la capacidad de sobreponerse y sobrellevar las dificultades, resiliencia, como factor protector en pacientes diabéticos para su adecuada adherencia.

En estas investigaciones se observa que las personas que se adaptan mejor a su situación, pueden mejorar su estado de salud, tanto físico como psicológico, lo cual implicaría necesariamente tener una adecuada adherencia al tratamiento médico.

El Modelo de los Sistemas Autorreguladores de Leventhal (1980; citado en Ortego, López y Álvarez, 2011) explica lo encontrado. Para este modelo, las personas que buscan adaptarse mejor a las circunstancias de la enfermedad que padecen tienden a buscar conductas que mejoren su salud; por lo tanto buscan adherirse mejor al tratamiento médico de manera activa

El análisis de la cuarta hipótesis específica, nos indica que se rechaza la hipótesis de la existencia de relación entre la dimensión manejo de tensión y la variable adherencia al tratamiento médico; debido a que se muestra como no significativa.

La ausencia de investigaciones que nos sirvan de antecedentes a la hipótesis planeada son escasas para poder apoyar lo encontrado; pero es importante señalar lo hallado en Novales,

A., Novales, R., García, Hernández y Gonzáles (2015), López, L. y Cejudo, J. (2015) y Sánchez, Hipólito, Mugártegui, y Yáñez, (2016) quienes difieren a lo encontrado en el presente trabajo.

El Modelo de la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1980; citado en Martos, Pozo y Alonzo, 2010), podría explicar la falta de existencia de relación significativa debido a que el paciente diabético, al margen de las dificultades que pueda tener en el manejo de las tensiones, racionaliza y visualiza las consecuencias negativas que la enfermedad le pueda ocasionar e intenta llevar el tratamiento. Además, esta teoría plantea que la presión social (como los familiares y los seres cercanos) y las demás dimensiones de la inteligencia emocional también influirían en su adherencia.

El análisis de la última hipótesis específica, nos señala que se acepta la hipótesis de la existencia de relación entre la dimensión estado de ánimo general y la variable adherencia al tratamiento médico.

Las investigaciones que apoyan lo señalado están el estudio de García y Rodríguez (2013) sobre el optimismo y la adherencia al tratamiento médico; así como el sentido del humor y la adecuada adherencia en pacientes diabéticos (Fuentes, 2015). La investigación de Castillo, Martín y Almenares (2017) también hallaron que la motivación se vincula a la adecuada adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Por otro lado, los sentimientos negativos como la tristeza y la preocupación se relacionan de manera inversa con la adherencia al tratamiento médico (Rodríguez y Rentería, 2016); así como con la depresión (Balbín, 2016).

La teoría del Modelo de Creencias de Salud [MCS] de Rosenstock (1974; citado en Moreno y Gil, 2003) apoya esta hipótesis debido a que las personas más optimistas y motivadas tendrán comportamientos de salud, preventivas y de adherencia al tratamiento médico. Esto

explica que el estado d animo juega un papel importante en la toma de decisiones relacionados a su salud, como el medicarse y tener los cuidados necesarios para mejorar su calidad de vida. Otra teoría que explica lo hallado en los resultados, es el Modelo de Autoeficacia de la teoría de Bandura (1986; citado en Ortego, López y Álvarez, 2011) también explica que el aspecto motivacional y el optimismo de poder enfrentar la enfermedad y los eventos colaterales, son mediadores de las conductas saludables, como la adherencia al tratamiento médico

## CONCLUSIONES

Respecto a la variable inteligencia emocional, el 71,4 % de evaluados tiene un coeficiente emocional promedio y en relación a la adherencia al tratamiento, el 52,7% tiene una adherencia inadecuada., indicando de este modo que existe un gran porcentaje de pacientes con diabetes evaluados, que no tienen un manejo adecuado de su condición médica.

Se comprueba la hipótesis general planteada que existe relación entre inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento médico, con una correlación positiva, considerable ( $\rho = .636$ ) y significativa, en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

Se comprueba la hipótesis específica planteada que existe relación entre la dimensión intrapersonal y la adherencia al tratamiento médico, con una correlación positiva media ( $\rho = .487$ ) y significativa, en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

Se comprueba la hipótesis específica planteada que existe relación entre la dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento médico, con una correlación positiva considerable ( $\rho = .542$ ) y significativa, en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018

Se comprueba la hipótesis específica que existe relación entre la dimensión adaptabilidad y la adherencia al tratamiento médico, con una correlación positiva media ( $\rho = .399$ ) y significativa, en pacientes con diabetes de un hospital Lima, 2018

No se comprueba la hipótesis específica planteada sobre la existencia de relación entre la dimensión manejo de tensión y la adherencia al tratamiento médico debido a que la correlación es muy débil ( $\rho = .075$ ) y no significativa ( $p > .05$ )

Se comprueba que existe relación entre la dimensión estado de ánimo general y la adherencia al tratamiento médico, con una correlación positiva media ( $\rho = .449$ ) y significativa, en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018.

## RECOMENDACIONES

Realizar futuras investigaciones teniendo en consideración la procedencia, nivel socioeconómico, etnia y las creencias de los evaluados que reflejen la pluriculturalidad existente de nuestro país.

Integrar en el centro hospitalario, a un psicólogo especialista que trabaje de manera permanente en las distintas áreas médicas, con el fin de ayudar en la adherencia al tratamiento médico, fomentando las conductas saludables y la inteligencia emocional del paciente.

Involucrar a la familia como parte activa en el tratamiento de la diabetes, así como en la mejora de las relaciones interpersonales, el manejo de las emociones y la adherencia al tratamiento médico del paciente con diagnóstico de diabetes.

Fomentar a través de conferencias, seminarios, charlas entre los pacientes con alguna enfermedad, que acuda al centro hospitalario, sobre la importancia de tener un adecuado manejo de su inteligencia emocional y el cuidado de su salud, evitando conductas de riesgo como la no adherencia al tratamiento.

Sensibilizar a las autoridades del sector salud de nuestro país, para que incluyan en sus planes de promoción de salud los factores emocionales como la inteligencia emocional con acciones de prevención y promoción, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas.

## REFERENCIAS

- American Diabetes Association . (2018). *Guías ADA 2018: Resumen de clasificación y diagnóstico de la diabetes*. Recuperado el 22 de agosto de 2018, de American Diabetes Association: <https://sinapsismex.files.wordpress.com/2018/01/resumen-guc3adas-ada-2018-2-0.pdf>
- American Diabetes Association. (s.f.). *información básica de la diabetes*. Recuperado el 21 de mayo de 2018, de American Diabetes Association: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/?loc=db-es-slabnav>
- Aramendi, A. (2016). La regulación emocional en educación infantil. (*propuesta de intervención educativa*). Escuela Universitaria de Magisterio de Segovia, segovia. Recuperado el 11 de agosto de 2018, de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17470/1/TFG-B.826.pdf>
- Arias, L., & Soto, M. (2012). Diseño de un programa de autorregulación emocional en niños, dirigido a padres. *Iberoamericana*. Recuperado el 11 de junio de 2018, de <http://repositorio.iberoamericana.edu.co/handle/001/592>
- Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes . (2013). Inteligencia emocional en el cuidado de la diabetes. *DESG Teaching Letter*(28), 1-4. Recuperado el 12 de agosto de 2018, de desg.org: [http://www.desg.org/desg/wp-content/uploads/TL\\_ES/ES\\_Teaching-Letter%20%2028%20-%20INTELIGENCIA%20EMOCIONAL%20EN%20EL%20CUIDADO%20DE%20LA%20DIABETES.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=cl](http://www.desg.org/desg/wp-content/uploads/TL_ES/ES_Teaching-Letter%20%2028%20-%20INTELIGENCIA%20EMOCIONAL%20EN%20EL%20CUIDADO%20DE%20LA%20DIABETES.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=cl)
- Balbin, C. (2016). La Depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de los consultorios de endocrinología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Agosto-October 2016. (*Tesis de licenciatura*).

- Universidad Ricardo Palma, lima. Recuperado el 4 de junio de 2018, de [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/873/1/Balbin%20Li%20Carolina\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/873/1/Balbin%20Li%20Carolina_2017.pdf)
- Bharwaney, G. (2009). *Vida emocionalmente Inteligente: estrategias para incrementar el coeficiente emocional*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Bisquerra, R. (2017). *La inteligencia emocional según Salovey y Myer*. Recuperado el 5 de enero de 2018, de Rafael Bisquerra: <http://www.rafaelbisquerra.com/es/inteligencia-emocional/inteligencia-emocional-segun-salovey-mayer.html>
- Borda, M., Pérez Angeles, & Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de Modificación de conducta en medicina comportamental*. Sevilla: Publicaciones Universidad de Sevilla.
- Burga, I., & Sánchez, T. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en el. *Tesis de licenciatura*. Universidad Peruana Unión, lima. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/443/Isaias\\_Tesis\\_bachiller\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/443/Isaias_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Carretero, R. (2015). Inteligencia emocional y sexismo: estudio del componente emocional del sexismo. (*Tesis doctoral*). D - UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid. Recuperado el 25 de enero de 2018, de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliounesp/reader.action?docID=4775759&query=inteligencia++emocional>
- Casas, I., Pérez , E., & Bautista, S. (2012). *representación cognitiva de la diabetes mellitus en adultos que se consideran sanos, de Santa teresa huehuetoca, estado de México*. Recuperado el 13 de mayo de 2018, de eumed.net: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1336/diabetes-mellitus.html>

- Castillo , M., Martín, L., & Almenares, K. (2017). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 6-8. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006)
- Chang, M. (2017). Relacion entre Inteligencia Emocional y la respuesta al Estrés en pacientes ambulatorios del servicio de psicología de una clínica de Lima metropolitana. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Recuperado el junio de 6 de 2018, de [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/818/Relacion\\_ChangMarcovich\\_MeyLing.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/818/Relacion_ChangMarcovich_MeyLing.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Cholíz, M. (1995). *La expresión de las emociones en la obra de Darwin*. Recuperado el 22 de abril de 2018, de Prácticas de historia de psicología: <https://www.uv.es/=choliz/ExpresionEmocionesDarwin.pdf>
- Condori, S., & Cruz, G. (2017). Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa - 2017. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. Recuperado el 3 de junio de 2018, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5780>
- Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista Española de Cardiología*, 55(5), 28-38. Recuperado el 13 de julio de 2018, de <http://www.revespcardiol.org/es/diagnostico-clasificacion-patogenia-diabetes-mellitus/articulo/13031154/>
- Contini, N. (2005). La inteligencia emocional, social y el conocimiento tácito. Su valor en la vida cotidiana. *psicodebate, psicología, cultura y sociedad*(5), 63-80. Recuperado el 5 de marzo de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645371>

- Cooper, R., & Sawaf, A. (1998). *La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones*. Bogotá: Norma.
- De la Cruz, L. (2010). *Inteligencia emocional y habilidades sociales en pacientes con anorexia y bulimia de un centro terapéutico de la ciudad de Lima. (Tesis para optar licenciatura)*. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- De las Cuevas, C., & Sanz, E. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(1), 25-30. Recuperado el 13 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=245143153004>
- Dueñas, M. (2002). *Importancia de la inteligencia emocional: un nuevo reto para la orientación educativa*. Recuperado el 13 de junio de 2017, de e-spacio.uned: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-2BB75B2C-720F-A542-4DCE-43297DDB55B7/Documento.pdf>
- Fernández Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93. Recuperado el 21 de mayo de 2018, de [http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf61modelo\\_de\\_mayer\\_salovey.pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf61modelo_de_mayer_salovey.pdf)
- Fernández, M. (2013). La inteligencia emocional. *Revista de Claseshistoria*, 1-12. Recuperado el 3 de mayo de 2018, de Claseshistoria: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5173632.pdf>
- Figueroa, J., Yacelga, C., Rosero, M., & García, I. (2012). La inteligencia emocional y su influencia en el rendimiento académico y laboral de la comunidad universitaria.

AXIOMA, 1(8), 44-48. Recuperado el 2 de julio de 2017, de <http://pucesinews.pucesi.edu.ec/index.php/axioma/article/view/365/355>

Fragoso, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 6(16), 110-125. Recuperado el 3 de junio de 2018, de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=299138522006>

Fuentes, V. (2015). Resiliencia en el adulto con diabetes. (*tesis de licenciatura*). Universidad Técnica de Machala, Machala. Recuperado el marzo de 6 de 2018, de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/4241/1/CD00534-2015-TRABAJO%20COMPLETO.pdf>

Gabel, R. (2005). *Inteligencia emocional: perspectivas y aplicaciones ocupacionales*. (U. ESAN, Ed.) Recuperado el 23 de marzo de 2018, de ESAN: <https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2009/12/07/DocTrab16.pdf>

Garay, E. (2016). *Psicología de la diabetes*. Recuperado el 13 de agosto de 2018, de Diabemédica integral: <http://www.diabemedica.mx/DiabeTips.php?cat=6&id=78>

García Calzada, S., & Curieses Ruiz, R. (2017). La importancia de la inteligencia emocional en un aula de 3 años. *tesis para optar el grado de maestría en educación infantil*. Universidad de Valladolid, Palencia. Recuperado el 12 de octubre de 2018, de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/26363/1/TFG-L1701.pdf>

García, A., Rodríguez, A., & López, E. (2013). Variables personales en la adherencia al tratamiento de personas alérgicas. *Psicología Conductual*, 21(3), 563-579. Recuperado el 3 de junio de 2018, de <https://search.proquest.com/openview/19a7391ae1113646b8958e8a968be321/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>

- García, I., & Morales, B. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo. *Universitas Psychológica*, 14(2), 511-522. Recuperado el 13 de mayo de 2018, de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/6703/12964>
- García, M., & Giménez, S. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 3(6), 43-52. Recuperado el 6 de marzo de 2018, de <http://www.cepcuevasolula.es/espisal>.
- Gonzales, R., & Villanueva, L. (2014). *Recursos para educar en emociones: de la teoría a la acción*. Madrid: Pirámide.
- González, V., Ramírez, C., & Herrero, A. (2007). Inteligencia, emocional personalidad y afrontamiento en pacientes con dolor crónico,. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 185-195. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=243020637004>
- Granados, E., & Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit*, 16(2), 203-216. Recuperado el 21 de mayo de 2018, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S1729-48272010000200010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1729-48272010000200010&lng=es&tlng=es)
- Grau, J., & Martín, L. (2004). Investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *psicología y salud*, 14(1), 89-99. Recuperado el 12 de mayo de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>
- Guevara , L. (12 de enero de 2011). La inteligencia emocional. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*(12), 2. Recuperado el 3 de junio de 2018, de <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7866.pdf>

- Hernández, C., & Chinchilla, A. (2009). *Inteligencia emocional y crisis: cómo hacer frente a la crisis emocional en familia*. Alicante: ECU.
- Hernández, R., Fernández, R., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (sexta edición ed.). Mexico D.F: McGrawHill/Interamericana Editores.
- Ibarra, O., & Morillo, R. (2017). *Lo que debes sobre la adherencia al tratamiento*. Barcelona: Euromedice Vivactis.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (7 de abril de 2016). *En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 y más años reportan tener diabetes*. Recuperado el 12 de junio de 2018, de Instituto Nacional de Estadística e Informática: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-reportan-tener-diabetes-8993/>
- Isach, T. (2015). La importancia de la inteligencia emocional en infantes de tres años. (*Tesis para optar el grado de maestro*). Universidad Internacionan de la Rioja, La Rioja. Recuperado el 11 de agosto de 2018, de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3239/ISACH%20FRANCH%2C%20TAMARA.pdf?sequence=1>
- Jasso, K. (2012). Evaluación de una intervención para mejorar la adherencia terapéutica de diabéticos tipo 2. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí. Recuperado el 12 de mayo de 2018, de <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3198/4/MSP1EIM01201.pdf>
- Jiménez, I., & López-Zafra, E. (2009). eligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-79. Recuperado el 7 de junio de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/805/80511492005/>

- Kuniyoshi, G. (2014). La autorregulación emocional como núcleo de la inteligencia emocional. *Sistémica*(9). Recuperado el 22 de agosto de 2018, de <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/sistemica/article/view/629>
- Lagos , H., & Flores, N. (2014). funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus en el hospital de puente piedra - lima. *cuidado y salud*, 1(2), 86-92. Recuperado el 5 de junio de 2018, de <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/23/20>
- Libertad, M. (2005). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública*, 32(3). Recuperado el 21 de junio de 2018, de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm#cargo](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm#cargo)
- López, L., & Cejudo, J. (2015). Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en mujeres con cáncer de mama. (*Tesis doctoral*). Universidad de Castilla- La Mancha, Ciudad Real. Recuperado el 16 de mayo de 2018, de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/10072/TESIS%20Garcia-Maroto%20Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1>
- Marcilla, M. (2013). *Inteligencia emocional aplicada a la diabetes*. Recuperado el 13 de junio de 2018, de crónicos en edad escolar: <https://cronicos escolares.wordpress.com/2013/07/01/inteligencia-emocional-aplicada-a-la-diabetes/>
- Martin, E., González, J., & Del Barco, B. (2010). Inteligencia emocional en primaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 419-421. Recuperado el 3 de abril de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832325043.pdf>

- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(4). Recuperado el 5 de junio de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008)
- Mayero, L. (23 de marzo de 2018). *Adherencia al tratamiento, un problema de salud pública*. Recuperado el 3 de junio de 2018, de Adherencia, cronicidad y pacientes: <https://www.adherencia-cronicidad-pacientes.com/cronicidad/adherencia-al-tratamiento-un-problema-de-salud-publica/>
- Martínez, A., Piqueras, J., & Ramos, V. (2010). Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(10), 861-890. Recuperado el 12 de junio de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/2931/293122002020/>
- Martos, J., Pozo, C., & Alonso, E. (2010). *Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica, relevancia del apoyo social*. Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Mejía, J. (2011). Reseña teórica de la inteligencia emocional. *Revista Científica*(17), 10-32. Recuperado el 12 de mayo de 2018, de <http://editorial.udistrital.edu.co/contenido/c-770.pdf>
- Méndez Carrillo, F., & Beléndez Vázquez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes. *anales de psicología*, 10(2), 195-196. Recuperado el 1 de junio de 2018, de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10074/1/Variables%20emocionales%20implicadas%20en%20el%20control%20de%20la%20diabetes.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Minsa realiza actividades por el Día Mundial de la Diabetes con el fin de reducir su alta tasa de mortalidad*. Recuperado el 11 de junio de 2018, de Ministerio de Salud: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=25617>

- Molina, Y. (2008). Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2008. (*tesis de licenciatura*). UNMSM, lima.
- Molina Cantabella, G. (22 de enero de 2017). *Origen y evolución del término inteligencia emocional*. Recuperado el 11 de junio de 2018, de Publicacionesdidacticas: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/080079/articulo-pdf>
- Mora, J., & Martín, M. (2007). La concepción de la inteligencia en los planteamientos de Gardner (1983) y Sternberg (1985) como desarrollos teóricos precursores de la noción de inteligencia emocional. *Revista de Historia de la Psicología*, 28(4), 67-92. Recuperado el 2 de julio de 2018, de <file:///Dialnet-LaConcepcionDeLaInteligenciaEnLosPlanteamientosDeG-2514677.pdf>
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109. Recuperado el 4 de junio de 2018, de <https://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>
- Muñoz, J. (2014). *Sabiduría emocional y social: protocolo de intervención social mediante la inteligencia emocional (PISIEM)*. Madrid: J.M. BOSCH EDITOR.
- Nieto, L., & Pelayo, R. (2009). revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*, 85(1), 61-75. Recuperado el 23 de julio de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4897930.pdf>

- Novales, A., Novales, R., García, A., Hernández, J., & Gonzáles, R. (2015). Adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes. *Rev. Ciencias Médicas*, 19(6), 1102-1114. Recuperado el 3 de mayo de 2018
- Núñez, M., & Castillo, R. (2018). El papel de la inteligencia emocional en la enfermedad cardiovascular. *ScienceDirect*, 1(5), 534-547. Recuperado el 2 de octubre de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301031>
- Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. Recuperado el 12 de julio de 2018, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000100002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002)
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*. Recuperado el 5 de junio de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
- Organización Mundial de la Salud . (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Ginebra: publicaciones OMS. Recuperado el 3 de junio de 2018, de Paho.org: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *orientacion del Informe mundial sobre la diabetes*. OMS. OMS. Recuperado el 11 de junio de 2018, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?sequence=1)

- Organización Mundial de Salud. (2017). *Diabetes*. Recuperado el 3 de junio de 2018, de Organización Mundial de Salud: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 13 de junio de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ortego, M., López, S., & Álvarez, M. (2011). *La adherencia al tratamiento*. Recuperado el 3 de agosto de 2018, de open course ware: [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema\\_10b.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/tema_10b.pdf)
- Ortiz, m., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-7. Recuperado el 22 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78518428001.pdf>
- Parra, A., & Ramírez, R. (2017). Inteligencia emocional en pacientes miembros de la Fundación Casa de la Diabetes Cuenca – Ecuador. (*Tesis de licenciatura*). Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado el 6 de junio de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28491>
- Paternina, A., Villaquirán, A., Jácome, S., Galvis, B., & Granados, Y. (2018). Actividad física en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y relación con. *Universidad y Salud*, 20(1), 72-81. Recuperado el 23 de agosto de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00072.pdf>
- Pérez, N., & Castejón, J. (2006). Relaciones entre la inteligencia emocional y el cociente intelectual con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 9(22), 1-27. Recuperado el 23 de mayo de 2018,

de

<http://reme.uji.es/articulos/numero22/article6/numero%2022%20article%206%20RELACIONES.pdf>

Pineda, N., & Bermúdez, V., & Cano, C., & Ambard, M., & Mengual, E., & Medina, M., & Leal, E., & Martínez, Y., & Cano, R (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1). Recuperado el 9 de junio de 2008, de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=55923103>

Polo, S., González, C., González, M., Altamirano, I., Lucio, P., Martínez, S., & Gutiérrez, D. (2009). MODY: formas monogénicas de diabetes. *Rev. Sanidad Militar Mex.*, 63(5), 250-254. Recuperado el 3 de junio de 2018

Portilla, L. (2011). Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado el 3 de mayo de 2018, de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3279/Portilla\\_gl.pdf;jsessionid=D9AFB46E3E00A3E03E2138CB8A71FEE8?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3279/Portilla_gl.pdf;jsessionid=D9AFB46E3E00A3E03E2138CB8A71FEE8?sequence=1)

Prieto, M. (2018). La psicologización de la educación: implicaciones pedagógicas de la inteligencia emocional y la psicología positiva. *Educacion XXI*, 21(1), 303-320. Recuperado el 7 de julio de 2018, de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=02c2da6d-d073-4306-96d0-9b38ef31d5b6%40sessionmgr120>

Quiroz, C. (2012). Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia en pacientes adultos a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo. (*título para la obtención de Maestría*). Universidad Autónoma de Manizales, Cali. Recuperado el 14

de junio de 2018, de <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/588/1/Informe%20Final%20Adherencia%20Corregido%20-%2001oct2012.pdf>

Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jimenez, A., Castillo, A., Hernández, A., & Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*, 84(3), 121-132. Recuperado el 22 de enero de 2018, de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>

Reyes, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Publicación de la Universidad Pedagógica de Durango*, 2(1), 66-76. Recuperado el 13 de enero de 2018, de [http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914\\_40.pdf](http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf)

Rodríguez, M., & Rentería, A. (2016). Factores que impiden la adherencia. *Psicología y Salud*, 26(1), 51-62. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de [file:///C:/Users/G470/Downloads/1898-9331-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/G470/Downloads/1898-9331-1-PB%20(2).pdf)

Rodríguez, I., Castillo, Y., & Molerio, O. (2012). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Central Martha Abreu de las Villas, Santa Clara. Recuperado el 24 de mayo de 2018, de [http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/2023/Tesis%20de%20Isis\[1\].%20Documento%20paginado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/2023/Tesis%20de%20Isis[1].%20Documento%20paginado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sánchez Carlessi, H., & Sánchez Vargas, Y. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Business Support Aneth.

Sanchez, j., Hipólito, A., Mugártegui, S., & Yáñez, R. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Fam*, 23(2), 43-47. Recuperado el 3 de junio de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116301122#!>

- Sociedad Peruana de Endocrinología. (2014). *En el Perú alrededor de dos millones de personas tienen Diabetes*. Recuperado el 23 de julio de 2017, de Sociedad Peruana de Endocrinología: <http://www.endocrinoperu.org/notadeprensa2.php>
- Souto Romero, M. (2012). Desarrollo de competencias emocionales en la educación superior. *Tesis para la obtención de grado de doctorado*. Universitat Rovira I Virgili, Cataluña. Recuperado el 4 de junio de 2018
- Trujillo, M., & Rivas, L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia Emocional. *INNOVAR*, 15(25), 9-24. Recuperado el 3 de julio de 2017, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-50512005000100001&script=sci\\_abstract&tlng=fr](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-50512005000100001&script=sci_abstract&tlng=fr)
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de. *Persona*(4), 129-160. Recuperado el 3 de abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005>> ISSN 1560-6139
- Ugarriza, N., & Pajares, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*(8), 11-58. Recuperado el 15 de enero de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147112816001.pdf>
- Valderrama Mendoza, S. (2015). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica: cuantitativa, cualitativa y mixta*. Lima: Editoria San Marcos.
- Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia. *pensamiento psicológico*, 7(14), 127-140. Recuperado el 22 de junio de 2018, de [www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf)

Velasco, J. (2001). La inteligencia emocional. *Revistas UNMSM*, 4(1), 80-81. Recuperado el 3 de octubre de 2017, de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/indata/v04\\_n1/inteligencia.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/indata/v04_n1/inteligencia.htm)

Villena, J. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en el peru. *Diagnóstico*, 55(4), 173-180. Recuperado el 3 de junio de 2018, de <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/wp-content/uploads/2017/06/Art%C3%ADculo-Epidemiolog%C3%ADa-de-la-Diabetes-en-el-Per%C3%BA.pdf>

## IX ANEXOS

### Anexo A. Inventario de inteligencia emocional ICE de Bar-On

#### *Evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### **Inventario de inteligencia emocional (BarOn)**

##### Introducción

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

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

##### Instrucciones

Lee cada una de las frases y selecciona UNA de las cinco alternativas, la que sea más apropiada para ti, seleccionando el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogiste según sea tu caso. Marca con un aspa el número.

Si alguna de las frases no tiene que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías si estuvieras en esa situación. Notarás que algunas frases no te proporcionan toda la información necesaria; aunque no estés seguro(a) selecciona la respuesta más adecuada para ti. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", ni respuestas "buenas" o "malas". Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo eres, NO como te gustaría ser, no como te gustaría que otros te vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor, trabaja con rapidez y asegúrate de responder a TODAS las oraciones.

1. Para superar las dificultades que se me presentan actúo paso a paso.
2. Es duro para mí disfrutar de la vida.
3. Prefiero un trabajo en el que se me diga casi todo lo que tengo que hacer.
4. Sé como enfrentar los problemas más desagradables.
5. Me agradan las personas que conozco.
6. Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.
7. Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.
8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto(a).
9. Reconozco con facilidad mis emociones.
10. Soy incapaz de demostrar afecto.
11. Me siento seguro(a) de mí mismo(a) en la mayoría de situaciones.
12. Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza.
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enojo.
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.

15. Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella.
16. Me gusta ayudar a la gente.
17. Me es difícil sonreír.
18. Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otros tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.
20. Creo que puedo controlarme en situaciones muy difíciles.
21. Realmente no sé para que soy bueno(a).
22. No soy capaz de expresar mis ideas.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos con los demás.
24. No tengo confianza en mí mismo(a).
25. Creo que he perdido la cabeza.
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme.
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo.
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.
31. Soy una persona bastante alegre y optimista.
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso.
34. Pienso bien de las personas.
35. Me es difícil entender cómo me siento.
36. He logrado muy poco en los últimos años.
37. Cuando estoy enojado(a) con alguien se lo puedo decir.
38. He tenido experiencias extrañas que no puedo explicar.
39. Me resulta fácil hacer amigos(as).
40. Me tengo mucho respeto.
41. Hago cosas muy raras.
42. Soy impulsivo(a), y eso me trae problemas.
43. Me resulta difícil cambiar de opinión.
44. Soy bueno para comprender los sentimientos de las personas.
45. Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.
46. A la gente le resulta difícil confiar en mí.
47. Estoy contento(a) con mi vida.
48. Me resulta difícil tomar decisiones por mí mismo(a).
49. No puedo soportar el estrés.
50. En mi vida no hago nada malo.
51. No disfruto lo que hago.
52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.
53. La gente no comprende mi manera de pensar.
54. Generalmente espero lo mejor.
55. Mis amigos me confían sus intimidades.
56. No me siento bien conmigo mismo(a).
57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven.
58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando disculpo.
59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
60. Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles soluciones y luego escojo la que considero mejor.

61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.
62. Soy una persona divertida.
63. Soy consciente de cómo me siento.
64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.
65. Nada me perturba.
66. No me entusiasman mucho mis intereses.
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decirselo.
68. Tengo tendencia a fantasear y a perder contacto con lo que ocurre a mi alrededor.
69. Me es difícil llevarme con los demás.
70. Me resulta difícil aceptarme tal como soy.
71. Me siento como si estuviera separado(a) de mi cuerpo.
72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
73. Soy impaciente.
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
77. Me deprimó.
78. Sé como mantener la calma en situaciones difíciles.
79. Nunca he mentado.
80. En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.
81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.
82. Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo.
83. Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.
84. Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos.
85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy.
86. Tengo reacciones fuertes, intensas, que son difíciles de controlar.
87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.
88. Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado(a).
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.
90. Soy capaz de respetar a los demás.
91. No estoy muy contento(a) con mi vida.
92. Prefiero seguir a otros a ser líder.
93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
94. Nunca he violado la ley.
95. Disfruto de las cosas que me interesan.
96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.
97. Tiendo a exagerar.
98. Soy sensible ante los sentimientos de las otras personas.
99. Mantengo buenas relaciones con los demás.
100. Estoy contento(a) con mi cuerpo.
101. Soy una persona muy extraña.
102. Soy impulsivo(a).
103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres.
104. Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley.
105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas.

107. Tengo tendencia a depender de otros.
108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles.
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
112. Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.
113. Los demás opinan que soy una persona sociable.
114. Estoy contento(a) con la forma en que me veo.
115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.
116. Me es difícil describir lo que siento.
117. Tengo mal carácter.
118. Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema.
119. Me es difícil ver sufrir a la gente.
120. Me gusta divertirme.
121. Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.
122. Me pongo ansioso(a).
123. No tengo días malos.
124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.
126. Me es difícil hacer valer mis derechos.
127. Me es difícil ser realista.
128. No mantengo relación con mis amistades.
129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a).
130. Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.
131. Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.
133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.



**13.- ¿El costo de los exámenes auxiliares (glucosa, colesterol, microalbuminuria, hemoglobina glicosilada) le son accesible para su bolsillo?**

a.- Si  b.- No

**14.- ¿Cómo calificaría la relación que tiene con el personal de salud?.**

Escriba en los espacios en blancos como es su relación con el personal de salud según las alternativas mostradas.

a) Mala	-Médico:.....
b) Regular	-Enfermera:.....
c) Buena	-Psicóloga:.....
d) Muy buena	-Asistente social:.....
e) No recibió atención	

**15.- ¿Qué es para usted buena atención?**

.....

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

a) Si	-Médico:.....
	-Enfermera:.....
	-Psicóloga:.....
b) No	-Asistente social:.....
c) No recibió atención	

## Anexo C. Consentimiento informado

### Consentimiento informado

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

La presente investigación es dirigida por Montoya Juro, Carlos Jesús, bachillere en psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. El objetivo de este trabajo es entender mejor la inteligencia emocional, y como se relaciona a la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, para así en el futuro tomar decisiones que implique a esta variable y sirva para beneficio de la mejora en la calidad de vida en los pacientes diabéticos.

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

Yo.....

(Participante), identificado con DNI..... Acepto que:

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Puedo retirarme de la investigación cuando lo desee.

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

.....

.....

.....

Fecha

Firma

Huella