



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**PROYECTO DE TESIS
para obtención grado
MAGISTER EN ENFERMERÍA**

MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**AUTOR: M. Bruna Espinoza Fernández
PROFESOR ASESOR María Angélica Colvin**

PROGRAMA MAGISTER EN ENFERMERÍA

**Los Andes, Chile
2013**



INFORME DE APROBACION DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Aldo, mi esposo, por su amor y apoyo permanente e incondicional que se convirtió en el pilar fundamental para finalizar la tarea emprendida

A mis hijos, Gabriela, Andrés y Benjamín, quienes generosamente cedieron su tiempo para permitirme avanzar en este desafío.

A mi hijo Aldo y a mi nuera María Luisa, quienes con infinita paciencia y dedicación me guiaron en el desarrollo de este trabajo, revisando los escritos, despejando dudas y dándome ánimo para no decaer en la tarea emprendida.

A mi madre, por haber generado en mi un espíritu positivo, perseverancia y tesón.

A mis colegas del consultorio de especialidades por su confianza y colaboración

A Natalia, quien me apoyó con el trabajo estadístico.

A mi asesora, quien con su aliento contribuyó a conseguir el propósito propuesto.

A todos, infinitas gracias por permitirme conseguir una nueva meta en mi desarrollo profesional.

INDICE

RESUMEN	6
1. CAPÍTULO. INTRODUCCIÓN	8
1.1. ANTECEDENTES GENERALES DEL ESTUDIO	8
1.2. EJES GENERADORES Y SUS RELACIONES DE MANERA GRÁFICA.....	14
1.3. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	20
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	21
1.6. OBJETIVOS	22
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	22
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO	23
2.1. AUTOEFICACIA COMO MODULADOR DE LAS CONDUCTAS EN SALUD	27
2.2. EL CONCEPTO DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL MANEJO Y CONTROL DE LA DIABETES.....	29
2.3. MARCO REFERENCIAL.....	36
2.4. MAPA CONCEPTUAL	44
2.5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	45
2.6. VARIABLES DE ESTUDIO.....	46
2.6.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	47
CAPITULO 3. METODOLOGÍA.....	57
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	57
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
3.1.2. PROCEDIMIENTOS ÉTICOS.....	57
3.2. UNIVERSO.....	58
3.3. DISEÑO MUESTRAL	58
3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	59
3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS	60
3.5. RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	60
3.5.1. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	60
3.5.2. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61
3.5.3. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	62
3.6. CRITERIOS DE ANÁLISIS DE DATOS-SOFTWARE A UTILIZAR	62

CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	63
4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	63
4.1.2.PERFIL CLÍNICO	70
4.1.3.DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE DE ESTUDIO ADHERENCIA TERAPÉUTICA.	73
4.1.4 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE DE ESTUDIO AUTOEFICACIA.....	79
4.2 ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA VARIABLE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	88
4.2.1ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA VARIABLE AUTOEFICACIA.....	90
4.3 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y AUTOEFICACIA	91
4.3.1 ANÁLISIS DE DISTRIBUCIÓN DE ORIGEN DE LAS VARIABLES.....	92
5. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES	94
5.1. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	94
5.2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO	97
5.3 RECOMENDACIONES.....	99
REFERENCIAS	100
ANEXOS.....	107
- CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	107
- INSTRUMENTO.....	112
- TABLAS Y GRÁFICOS.....	121

RESUMEN

El control de la Diabetes Mellitus 2 exige de la persona la adopción de cambios comportamentales, lo que constituye un proceso activo y voluntario denominado adherencia terapéutica. Éste es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores.

Para que las conductas de salud se lleven a cabo de forma efectiva, una de las explicaciones desde la psicología es el concepto de autoeficacia, como un regulador en el proceso de cuidado de salud y en la adherencia hacia el tratamiento. Todo lo anterior obliga a reflexionar sobre el rol que le corresponde a enfermería en torno a la importancia de desarrollar en las personas estas potencialidades que de acuerdo a la evidencia, inciden significativamente la percepción de bienestar y en el control metabólico de las personas portadoras de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2.

Dada la importancia de lo anterior para enfermería, se realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal, en 80 adultos diabéticos asistentes a control en el Consultorio de Especialidades de la ciudad de Los Andes, con el fin de determinar la relación que existe entre la conducta de autoeficacia percibida y la adherencia terapéutica.

Para medir estas conductas se aplicó un instrumento cuyos resultados demuestran una correlación significativa entre la realización de ejercicio físico, apoyo familiar y adherencia terapéutica.

La variable Autoeficacia percibida y Adherencia terapéutica mostraron una débil correlación.

Palabras claves., Diabetes Mellitus tipo II, Adherencia terapéutica. Autoeficacia percibida, control metabólico.

ABSTRACT

The control of Diabetes Mellitus demands that the patient adopts behavioural changes. This constitutes an active and voluntary process called therapeutic adherence. Therapeutic adherence is a complex phenomenon that is conditioned by multiple factors from diverse nature, among them, personal ones.

One of the concepts used in psychology to explain effective health behaviour is self-efficacy, which means, the patient's self-regulation of the health process and its adherence to the treatment. Given the relevance that these factors have in therapeutic adherence and in the metabolic control of chronic diseases. Make us reflect on the role of nursing in the importance of teaching and developing effective skills that can make a significant improvement in chronic patient's health, such a diabetes mellitus type 2.

A quantitative study was carried out in order to determine the relationship between perceived self-efficacy and therapeutic adherence. The investigation consisted of a transversal study made to 80 diabetic adults attending controls in the Specialties Primary Health Care in the town of Los Andes, Chile.

To measure these behaviors are applied an instrument whose results show a significant correlation between physical exercise, family support and adherence. The variable self-efficacy and adherence showed a weak correlation.

Key Words. Diabetes mellitus type 2; therapeutic adherence; self-efficacy, metabolic control

1. CAPÍTULO. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES GENERALES DEL ESTUDIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como aquellas que se caracterizan por una evolución de curso prolongando, necesitan tratamientos continuos para su control, no se resuelven espontáneamente y rara vez se logra una cura completa. (Organización Mundial de la salud, 2012)

De acuerdo a la OMS, las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. Los datos disponibles evidencian que un 80% de esas muertes ocurren en los países de ingresos bajos y medios. A pesar de su distribución no equitativa y a su rápido crecimiento, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones asociadas a las ENT, podrían evitarse con intervenciones conocidas, costoeficaces y viables. (Organización Mundial de la salud, 2010)

De los 57 millones de defunciones que se produjeron en el año 2008 en todo el mundo, 36 millones, dos terceras partes, se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades pulmonares de tipo crónica. Una cuarta parte de estas muertes afecta a personas menores de 60 años. (Organización Mundial de la salud, 2010)

La OMS, en el informe sobre la situación mundial de las ENT, advierte que son cuatro los factores de riesgo comportamentales que se han afianzado en forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modelos de

vida del siglo XXI: “el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol”, a

demás señala que “los principales efectos de estos factores de riesgo recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres en todos los países, como reflejo de las determinantes socioeconómicas subyacentes”. (Organización Mundial de la salud, 2010)

En Chile, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer representan las mayores amenazas para la salud de la población, ambas relacionadas en forma directa e indirecta a los hábitos de alimentación, al sedentarismo, a la obesidad, entre otros, en asociación al perfil genético característico de las personas. (Carrasco, 2004)

El gobierno de Chile, a través del ministerio de Salud en el año 2000 inició la implementación de una reforma a la salud fundamentada en los cambios demográficos producto del envejecimiento de la población. En el año 2002 el 12,0% de la población femenina y el 9,4% de la población masculina eran mayores de 60 años, al año 2005 el Instituto Nacional de Estadística (INE) proyectó para el año 2010 una población femenina de 14,3% y masculina de 11,6 % mayor de 60 años (Instituto Nacional de Estadística, 2007) ; esto junto al mayor acceso a la educación, salud y servicios comunitarios, determinó cambios en el perfil epidemiológico logrando una disminución de las enfermedades infecciosas, mortalidad infantil y desnutrición, aumentando la prevalencia de las enfermedades no transmisibles entre otras la diabetes mellitus tipo 2.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto, ataque cerebral, falla renal terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético. La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones, de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, discapacidad y muerte prematura.

Sin embargo, existe evidencia robusta que el buen control de la glicemia, de la presión arterial y de los niveles de colesterol reduce el riesgo de complicaciones y los costos en salud. (Ministerio de salud, 2010)

La carga económica que esta situación representa para el sistema de salud en los países es enorme en consideración de las mayores tasas de hospitalización y de cuidados médicos que tienen los pacientes con DM 2, por la mayor incidencia de Enfermedad Cardiovascular (ECV), ceguera, insuficiencia renal y amputaciones no traumáticas de miembros inferiores. (Ministerio de Salud, 2009)

La carga global de la enfermedad por Diabetes en el mundo se estimaba en aproximadamente 173 millones al año 2002 y se proyecta que aumentará dado el incremento de la obesidad, a 366 millones al 2030 (Ministerio de Salud, 2009)

Concordante con la transición demográfica y epidemiológica del país, el estudio AVISA 2004, evidenció que la mayor parte de la carga de enfermedad estaba determinada por las enfermedades no transmisibles, las que representaron el 73% del total, lo anterior trajo consigo la necesidad de reorientar los servicios clínicos y preventivos, poniendo en alerta al Sistema de Salud Chileno en relación al perfil biomédico de la población adulta. (Ministerio de Salud, 2007)

Esta nueva orientación de las políticas en salubridad nacional fue dada con la reforma que se inició en el año 2000, cuya herramienta fundamental para cumplir con los nuevos desafíos producto del envejecimiento poblacional y de los cambios de la sociedad, fue el desarrollo de los servicios sanitarios dirigidos hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de estrategias dedicadas a motivar a las personas a modificar sus estilos de vida no saludables, en relación a la alimentación, la realización de actividad

física y la reducción del peso corporal; todas ellas reconocidas como riesgos modificables que contribuyen directamente a reducir las muertes y la discapacidad, entre otras. En síntesis, un cambio orientado a crear conciencia en la población nacional de la responsabilidad que cada persona tiene con respecto a su salud, motivando hacia conductas saludables.(Ministerio de Salud.2009)

En el año 2009 se realizó una evaluación de las estrategias implementadas con la reforma, a través de la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 2009), en cuyo resultado se evidencia un claro desmejoramiento de los indicadores biomédicos conocidos por la Encuesta de Salud del año 2003, en relación al aumento del sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo, entre otros, todos factores de alto riesgo para la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en la población. Esto queda de manifiesto en el aumento de la prevalencia de este tipo de diabetes en población adulta, de 6.3% en el año 2003 a 9.4% en el año 2009 y de la mortalidad, la que aumentó un 17%, pasando de una tasa de 16.8 a 19,7/100.000 habitantes en el transcurso de 8 años (1999-2007). (Ministerio de Salud, 2009)

Dado lo anteriormente expuesto y en el marco de los lineamientos de la implementación de la Estrategia Global sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud de la OMS y la OPS, Chile adhirió a esta iniciativa y en el año 2011 formula su propia propuesta de trabajo denominada EGO CHILE. Esta estrategia a nivel nacional se integra como una tarea de VIDA CHILE y sirve de plataforma para incluir e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a la promoción de un estilo de vida saludable y tiene como meta fundamental disminuir la prevalencia de la obesidad en Chile, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física a lo largo de toda la vida (Ministerio de Salud, 2010)

Existe evidencia científica que demuestra que es factible retardar el desarrollo de la diabetes a través de cambios de estilo de vida. La efectividad de las medidas no farmacológicas alcanza a 58% de reducción del riesgo de diabetes, con una reducción de

peso entre 5-7% del peso inicial y 150 minutos de actividad física moderada a la semana.
(Ministerio de Salud,2009)

El Ministerio de Salud desarrolla esfuerzos para un abordaje integral de las enfermedades no transmisibles, específicamente de la diabetes mellitus, desde la reorientación de los subprogramas de Diabetes e Hipertensión arterial en el programa de Riesgo Cardiovascular, como también la incorporación de esta patología al Plan de Garantías Explícitas (GES), lo que ha mejorado sin duda la calidad de las terapias y el acceso ,sin embargo, Martín L en su artículo advierte : “ las personas continúan siendo atendidos en las instituciones de salud principalmente en aspectos biológicos y muy superficialmente en aspectos psicosociales y familiares, intervenciones que no logran modificar la conducta cotidiana de las personas diabéticas en la adhesión al tratamiento y por ende, el control metabólico y el curso de su enfermedad”. (Martín, 2008)

En las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, adquiere relevancia la modificación de hábitos y conductas perjudiciales, ya que requieren de la necesaria colaboración de las personas, sin la cual es improbable que se logren resultados terapéuticos satisfactorios, es en este ámbito en donde la promoción de la salud cobra especial vigencia en la actualidad, en razón a que constituye una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables.

El campo de la Psicología de la salud ha proporcionado avances teóricos metodológicos que identifican la intervención de variables psicológicas en el proceso salud enfermedad y se ocupa no solo de la atención o curación de las personas enfermas, sino también de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.(Martín,2003)

Para que las conductas de salud se lleven a cabo, una de las explicaciones desde la psicología es el concepto de autoeficacia, como un regulador en el proceso de cuidado de

salud y en la adherencia hacia el tratamiento en el caso de que la persona se encuentre enferma. (Olivarí, 2007)

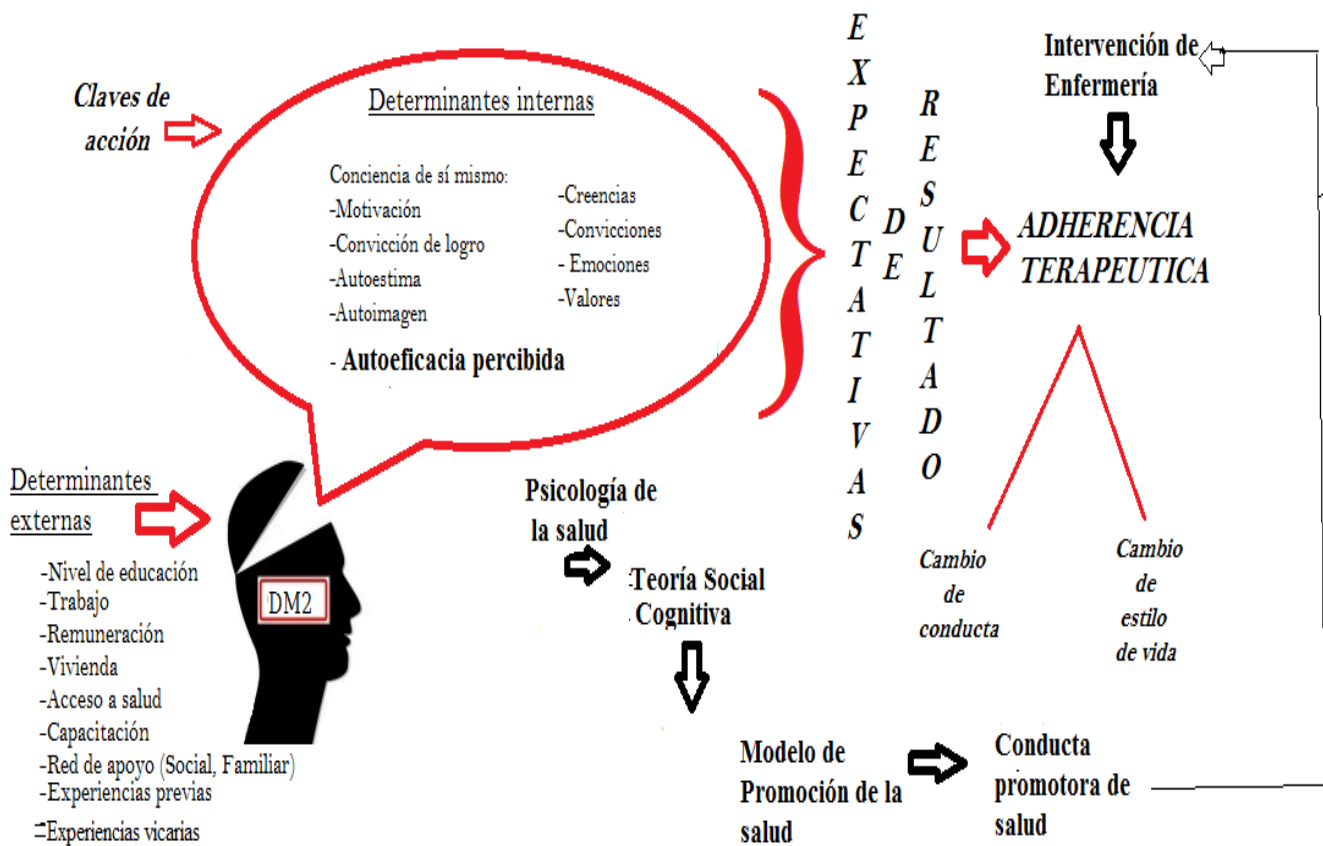
La incorporación de este conocimiento al quehacer de enfermería ha sido ampliamente desarrollado por Nola Pender, quien en su teoría Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996), integra los aspectos psicológicos, específicamente los factores cognitivos, como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable que adoptan las personas y las claves posibles para el análisis de la conducta preventiva o promotora de salud.

En este sentido, conocer ciertas características de orden cognitivo que presentan las personas con diabetes y como esas características se relacionan con el cuidado de su propia salud, pareciera ser un aporte que el profesional de enfermería debiera considerar toda vez que realice una intervención en las personas, familia o comunidad.

En el marco de la presente investigación, surgen las siguientes interrogantes: ¿en qué medida los factores antes descritos se relacionan con la adherencia al tratamiento prescrito por el equipo sanitario? y si la relación es estadísticamente positiva; ¿cómo incorporar al quehacer de enfermería estos aspectos como parte de la valoración que en el ejercicio del cuidado le brinde al profesional una información clave a la hora de planificar y ejecutar el cuidado?

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas, se realizó una investigación de tipo cuantitativa, cuyo objetivo central fue determinar la relación que existe entre la variable autoeficacia y la variable adherencia terapéutica, para lo cual se aplicó un instrumento en una población de personas con diabetes mellitus tipo 2 en la ciudad de Los Andes.

1.2 EJES GENERADORES Y SUS RELACIONES DE MANERA GRÁFICA



1.3. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. (Martín, 2003)

En el momento actual el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.

El incremento significativo de la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2, de 6,4% en el año 2003 a 9,7% en el 2009, sumado a las cifras de sobrepeso/obesidad, 39,3% de la población adulta está en sobrepeso y el 25,1% es obesa y sumado a las cifras de sedentarismo, donde el 88,6% de la población en Chile es sedentaria; constituyen factores de riesgo modificables que intervienen directamente en la morbilidad y la discapacidad de la población adulta. Se puede predecir que tanto la diabetes mellitus tipo 2 como sus complicaciones continuarán aumentando de no mediar intervenciones dirigidas a reducir la epidemia de la obesidad. (Ministerio de salud, 2009)

Otro dato significativo que muestra la Encuesta Nacional de Salud del año 2009, es lo referente a las bajas tasas de adherencia al tratamiento. Del universo de diabéticos que conoce su condición, aproximadamente el 50% no cumple con su tratamiento a pesar de

conocerlo. A diferencia de lo que ocurre en otros países donde las personas con diabetes desconocen su condición, en Chile, sobre el 85% de las personas afectadas conoce su condición, el problema radica en la baja proporción de ellas que está bien controlada (niveles de Glicemia dentro de rangos normales). (Ministerio de Salud, 2009)

De las personas diabéticas que asisten regularmente a control a instituciones de atención primaria el 36% sin diferencia de sexo, mantiene un control metabólico adecuado, definido por la hemoglobina glicosilada $< 7\%$, situación que está por debajo del objetivo estratégico definido por la autoridad, cuyo indicador meta es del 50% .(Ministerio de Salud, 2009)

Estas cifras de compensación en las personas diabéticas, es coincidente con lo observado en un estudio realizado en América latina, incluido Chile, el cual revela que el nivel de compensación de las personas asistentes a consultas médicas privadas alcanza a un 42%. (López, 2007)

Los planteamientos de la OMS en relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas.

Por lo anteriormente expuesto, la adherencia terapéutica, podría ser considerada como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, los que podrían ser más eficaces en detener y en disminuir las cifras de enfermedades crónicas y las complicaciones derivadas de éstas. (Holguín, 2006)

Varios son los factores que se relacionan con adherencia terapéutica, entre otros, están los relacionados con el paciente; la enfermedad; el médico tratante; el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Dentro de los factores personales, múltiples

variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento y baja autoestima entre otros. (D´anello,2009)

Desde la perspectiva de la psicología social se reconocen modelos teóricos propuestos como intentos de explicación de los factores potenciales que pueden mediar y afectar el proceso de cumplimiento de las recomendaciones médicas. Entre otras, se mencionan particularmente la Teoría Social Cognitiva (Bandura,1999), la cual propone la creencia de las personas de ser exitosas en el cumplimiento de metas; el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974),este modelo sustenta las creencias y opiniones de las personas acerca de la enfermedad y el tratamiento, la percepción de susceptibilidad y la motivación hacia la salud como predictores relevantes de cambios en la conducta; la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975), que plantea que las actitudes, normas e intenciones conductuales son mediadores de la toma de decisión acerca de cumplir o no cumplir el tratamiento; el modelo transteórico (Prochaska y DiClemente,1992), en donde se conceptualiza la motivación para demandar tratamiento como un estado susceptible de cambio.

En la teoría, los programas de salud orientados a incrementar los niveles de adherencia en las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles cumplen generalmente condiciones de ser multicomponentes porque apuntan a ir más allá de la mera información y educación, se orientan a proveer habilidades prácticas que permitan no sólo el cumplimiento de citas médicas y la toma de medicamentos, sino actitudes y comportamientos que vinculen a la persona activamente con todo el proceso del tratamiento. (Holguín,2006)

Una muestra de lo anterior, se evidencia en un estudio realizado en Colombia en personas con diagnóstico de hipertensión arterial cuyo objetivo fue reducir los niveles de hipertensión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento a través de un programa de

intervención biopsicosocial. Este programa estuvo conformado por tres componentes: psicoeducativo, adherencia al tratamiento y manejo del estrés. (Holguín ,2006)

En primera instancia, es relevante mencionar que el programa descrito en el párrafo anterior, logró al final de la intervención disminuir en niveles significativos la presión arterial sistólica, mientras que frente a la variable adherencia al tratamiento, el programa de intervención demostró también ser efectivo en los niveles totales en esta variable, ya que un porcentaje significativo de pacientes se mantuvo en un nivel alto de adherencia al final del programa. Los resultados arrojados en esta investigación confirman la importancia de integrar en las propuestas de intervención, componentes que en su conjunto delineen un comportamiento que garantice el nivel de compromiso y adherencia a los tratamientos médicos. (Holguín, 2006)

Rabin y cols (Mussi, 2006) , desarrollaron un programa de entrenamiento en grupo para aumentar la adherencia y el control de diabéticos adultos insulino-dependientes, cuyo objetivo fue entrenar a estas personas en asertividad, a interactuar con el equipo sanitario y a manejar el afrontamiento cognitivo del estrés. Los autores justificaron el éxito de la intervención basados en la necesidad de tener un apoyo grupal de otras personas con diabetes, la necesidad de expresar sentimientos y la necesidad de desarrollar habilidades específicas para manejar directamente conflictos interpersonales y estrés a objeto de poder resolver los problemas derivados de la adherencia.

No cabe duda que los factores decisivos que influyen en la morbimortalidad de la población son los que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables, todas conductas modificables a través de nuevas estrategias de intervención en el ámbito de educación.

El desafío en Chile, es avanzar hacia un sistema de atención de salud que provea cuidados que apunten a desarrollar habilidades y destrezas psicosociales en las personas que

aumenten la motivación al autocuidado y las competencias personales psicológicas, en la creencia que pueden lograr cambios en sus estilos de vida, que éstos perduren en el tiempo y que les reporte mas satisfacción, mejor calidad de vida, mas años de vida saludable y seguridad en ellos mismos y en su equipo de salud.

Los hábitos de salud que se mantienen toda la vida se forman en la infancia y adolescencia, muchos de ellos tienen sus raíces en el seno familiar, sin embargo, los colegios también pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la salud. (Bandura.1999)

Al respecto, Bandura puntualiza” El hecho de que los centros educativos sean entornos apropiados para promover la salud y para desarrollar una intervención temprana, no significa que los educadores deban ser los modelos responsables de la misión sanitaria. La promoción de la salud debe estructurarse como parte de un compromiso social, que considere la salud de los niños como factor crítico y que aporte el personal multidisciplinario y los recursos necesarios para fomentar la salud en sus jóvenes. Esto exige la creación de nuevos modelos, basados en el entorno educativo para la promoción de la salud que operen en concordancia con el hogar, la comunidad y la sociedad en general. Los recursos sanitarios que carezcan de los recursos de apoyo, de planes de acción específicos y de un sistema para monitorear el proceso no engendrarán una sociedad saludable” (Bandura.1999, p 47)

En este desafío , el profesional de enfermería tiene un rol fundamental por cuanto es quien tiene como responsabilidad legal (Código Sanitario,art,113) el cuidado de las personas en lo relativo a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entre otras, siendo el recurso humano profesional que está presente en la programación, ejecución y evaluación de todos los programas implementados por la autoridad sanitaria a nivel nacional y en todas las etapas del ciclo vital de las personas.

La educación sanitaria es la herramienta costo-efectiva más utilizada por enfermería en su relación terapéutica establecida con las personas, con la familia y la comunidad.

Al respecto Fiorentino señala “De tal manera, podemos decir que la promoción de la salud involucra, fundamentalmente una acción educativa, persuasiva y motivacional orientada a alentar el conocimiento y la preferencia por los comportamientos saludables. “ (Fiorentino, 2006)

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El 64% de las personas con diabetes mellitus tipo 2 no adhiere al tratamiento prescrito, no asume cambios en su estilo de vida, principalmente relativos a mantener una dieta y a la realización de ejercicio.

La influencia de múltiples determinantes pueden explicar dicho comportamiento, el entorno familiar, social, laboral y económico, entre otros. Desde el punto de vista de la psicología, una de las explicaciones se relaciona con la percepción de autoeficacia de las personas.

El problema a investigar se enfoca en determinar la relación que existe entre autoeficacia percibida y adherencia terapéutica en personas adultas mayores de 15 años con diabetes mellitus tipo 2, en control en el Consultorio de Especialidades del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Los Andes, durante los meses de Junio y Julio 2012.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Para el presente estudio se entenderá por:

Persona con diabetes mellitus tipo 2: Persona adulta, mayor de 15 años, de género femenino o masculino con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2.

Para el presente estudio se estudiarán dos características de este grupo de personas:

1.- Características sociodemográficas: Conjunto de características personales, familiares, sociales y económicas que definen a una persona y la distingue de las demás y que se ven influenciado por el proceso de salud/enfermedad en el contexto social que se desarrollan, tales como, sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, entre otras.

2.- Perfil clínico: Características referidas a la evolución de la diabetes, tales como: años de diagnóstico, tipo de tratamiento farmacológico, control metabólico (Hemoglobina Glicosilada $< 0 = a 7\%$).

3.- Adherencia Terapéutica: Grado hasta el cual la conducta de la persona en términos de tomar medicamentos, seguir la dieta o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica.(Sackett y Snow,1979)

4.- Autoeficacia percibida: Creencia de las personas de poseer las capacidades y habilidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan los resultados deseados. (Bandura, 1999)

Para el presente estudio se consideró conducta de adherencia terapéutica a: cumplimiento de la dieta, realización de actividad física, control médico, ingesta de medicamentos, cuidados de los pies y apoyo familiar.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre la autoeficacia percibida y la adherencia al tratamiento que presentan las personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer las características sociodemográficas de las personas participantes del estudio.

Conocer el perfil clínico de las personas participantes del estudio.

Identificar el grado de autoeficacia que presentan las personas participantes del estudio.

Identificar el grado de adherencia al tratamiento que presentan las personas participantes del estudio.

CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO

La concepción de la salud y la enfermedad humana ha sido sometida a grandes cambios durante los últimos años. Los modelos tradicionales confiaban en el modelo biomédico, que subrayan el rol de los agentes infecciosos, la medicación paliativa y la reparación de las incapacidades físicas. La concepción más reciente adopta un modelo biopsicosocial más amplio. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad son producto de las interacciones entre los factores psicosociales y biológicos. La salud no es meramente la ausencia de la incapacidad física (OPS), ya que la perspectiva biopsicosocial resalta el fomento de la salud así como la prevención de la enfermedad. (Bandura, 1999)

Según Behn, las dos estrategias para el fomento o la protección de la salud y la prevención de enfermedades se diferencian fundamentalmente en la orientación de los esfuerzos para el logro de la salud. La Promoción es motivada esencialmente por el deseo de mejorar el bienestar individual y colectivo a través de sus propias potencialidades y capacidad de decisión efectiva. Mientras que la Protección de la salud es motivada por el deseo de evitar la ocurrencia de la enfermedad, a través de mecanismos que modifiquen el ambiente, las defensas del organismo y las conductas personales. (Behn, 2001)

La misma autora señala que las motivaciones que guían ambas estrategias se mezclan, ya que ambos procesos promueven la salud y también previenen la enfermedad. Así mismo, señala: “La promoción de la salud busca desarrollar el potencial tanto del individuo como el de su familia, la comunidad, la sociedad y también el medio ambiente, entendido éste como la circunstancias físicas, interpersonales y económicas en que se desempeñan las personas. Es una aproximación proactiva a la salud que incluye el desarrollo de fuerzas, incremento de recursos y fomento de la resiliencia con el fin de lograr el funcionamiento óptimo del ser humano” (Behn, 2001, pág. 14)

Fiorentino, señala al respecto “Promoción de la salud es toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano y el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los determinantes externos del bienestar, que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos (empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación justicia y un ecosistema apto para la vida) y los determinantes internos (creencias, convicciones, atribuciones, expectativas y emociones)”. (Fiorentino, 2006, p 57).

Según Bandura, la salud de las personas está parcialmente en sus manos. Además de la herencia genética, la salud física se determina en gran medida por los hábitos y estilos de vida poco saludables los que la afectan negativamente. Los hábitos alimentarios, el sedentarismo, el consumo de alcohol, contaminación ambiental, entre otros, son todos factores que colocan a la población en un serio riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y/o desarrollar complicaciones que la llevarán a la muerte prematura o a una incapacidad permanente (Bandura, 1999).

Es un hecho ampliamente reconocido y documentado en la literatura la importancia de la obesidad y el sedentarismo en el adulto como factor de riesgo independiente para el desarrollo de la diabetes (Ministerio de Salud, 2009)

El control del peso corporal además de ser un factor protector para la aparición de diabetes, es el principal objetivo en el manejo y control de la persona diabética. La recomendación de prevenir el aumento de peso, intentar bajarlo o reducir la circunferencia de cintura en personas con sobrepeso u obesidad, reduce la progresión de enfermedad cardiovascular. Una baja de peso de 9 Kgs, se asocia a una reducción de la hemoglobina glicosilada promedio en 2,7%, mejorando así el control metabólico. (Ministerio de salud, 2009)

La actividad física también ha demostrado resultados favorables en el control de peso como medida preventiva a la aparición de los factores de riesgo cardiovasculares, en particular se ha reportado efectos beneficiosos asociados a la reducción de hipertensión arterial, obesidad y en el perfil lipídico.

Martínez-Ortiz, realizó un metaanálisis en donde investigó el efecto de la dieta por sí sola, el ejercicio por sí solo y la dieta junto al ejercicio, demostró que la dieta junto al ejercicio y la dieta por sí sola fueron más significativamente efectivos en lograr una reducción de peso que el ejercicio por sí solo. Aunque la dieta es más efectiva, la evidencia sugiere que la actividad física puede ser el principal predictor de una pérdida de peso en el tiempo. (Martínez-Ortiz.2007)

Actualmente, se considera que estos factores de riesgo no son considerados conductas autodestructivas plenamente individuales y voluntarias, sino más bien, son factores de riesgo adquiridos en el proceso de socialización de las personas y un grupo importante atribuibles a determinantes psicológicos asociados a la salud.(Ministerio de Salud.2007)

Desde la perspectiva psicológica se ha incluido la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Esta nueva forma de pensar la salud, ha sido resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso.(Martin,2003)

Hoy existe consenso en la aplicación de bases teóricas y modelos conceptuales, teóricos, técnicos u operativos por medio de los cuales se mejoran las probabilidades de éxito en las acciones de salud. Especialmente relevantes son los aportes teóricos-conceptuales originados en las áreas comportamentales y psicosocial, lo que ha determinado la

dominancia de los modelos de cognición social para estudiar e intervenir el cambio de comportamientos relacionados con salud. (Cabrera, Tascón, & Lucumí, 2001)

Autores como Cabrera, Tascón y Lucumí, argumentan que "el comportamiento o las prácticas individuales o colectivas son producto de la interacción de múltiples factores y variables, aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales que afectan el comportamiento de la gente lo que indica que las conductas que afectan la salud son explicables desde varias perspectivas, por lo que un modelo ayuda a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas, así como también las características y dinámica del contexto en que éstas ocurren". (Cabrera, Tascón, & Lucumí, 2001)

Las creencias de eficacia influyen en todas las fases del cambio personal, tanto si las personas contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y la perseverancia necesaria para tener éxito en el caso que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado.(Bandura,1999)

Este mismo autor, menciona al respecto" El sentido de la autoeficacia personal influye sobre la salud humana en dos niveles. Un nivel básico, referido a la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta activa los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad. El segundo nivel se relaciona con el ejercicio del control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud y el índice de envejecimiento ". (Bandura,1999, p 42).

La Teoría Social Cognitiva considera las reacciones del estrés en términos de ineficacia percibida para ejercer control sobre las amenazas asertivas y sobre las demandas ambientales exigentes. Las creencias de las personas en su poder de automotivación y autoregulación de la conducta, desempeñan un rol crucial sobre el hecho de contemplar el

cambio de los hábitos perjudiciales para la salud y sobre el manejo de los estresores ambientales. (Bandura, 1999)

2.1 LA AUTOEFICACIA COMO MODULADOR DE CONDUCTAS EN SALUD

Se ha mencionado en los párrafos anteriores, la importancia de las teorías y modelos conceptuales que aporta la psicología para el pronóstico e intervención sobre las conductas de las personas. En particular y para el desarrollo del presente estudio, el constructo de autoeficacia o autoeficacia percibida introducido por Albert Bandura en 1977, se utilizará como mediador principal de las conductas en salud de las personas y para explicar la adherencia al tratamiento que presentan las personas participantes de esta investigación.

Según la Teoría Social Cognitiva (Bandura,1999), la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas; las expectativas de situación, en las que las consecuencias son producidas por eventos ambientales; las expectativas de resultado referidas a la creencia que una determinada conducta produce determinado resultado y las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, (en adelante autoeficacia) que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener resultados deseados. (Bandura, 1995 citado en Olivari 2007, p 10)

De acuerdo a lo anterior, se espera que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esta creencia en la habilidad o capacidad de alcanzar lo deseado se denomina autoeficacia. (Bandura, 1999)

Respecto a esta teoría, esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros predictores están presentes. Es así como una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, entender y conocer cuáles son los comportamientos

específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de tal conducta saludable disminuirá la probabilidad de enfermar y tener apoyo social. Sin embargo, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo. (Bandura, 1999)

El constructo de autoeficacia ha sido aplicado a conductas diversas en distintos dominios de la salud, tales como el manejo de las enfermedades crónicas, uso de drogas, cesación de hábito tabáquico, manejo del peso, ejercicio, manejo del dolor, etc. En relación a ellas, se estima que los individuos con alta autoeficacia tienen más probabilidades de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. (Olivarí, 2007)

Así también se espera que los individuos con alta autoeficacia, tengan más probabilidades de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivo, recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja percepción de autoeficacia (Olivarí, 2007).

Esta teoría ha sido probada en personas con diabetes, informándose que para afrontar efectivamente las demandas conductuales impuestas por el tratamiento, se requiere un buen sentido de autoeficacia. Anderson, indica que la autoeficacia es una variable que puede conducir a mejorar el control de las glicemias de los pacientes. (Ortíz, 2007)

Balcázar y cols en México determinan en su investigación, que un alto nivel de autoeficacia tiene consecuencias benéficas para el funcionamiento de las personas con diabetes y para su bienestar general y en el caso de que se someta a tratamientos, hay más probabilidad de que se lleve a cabo exitosamente. (Balcázar, 2011),

2.2 EL CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL MANEJO Y CONTROL DE LA DIABETES

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la palabra “adherencia” como: “enlace o conexión, cualidad de adherirse, anexo, unido o pegado a algo”.

Martín, L, se refiere al vocablo adherencia, como: “convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria”, y argumenta: “ aquí se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, como la parte contraria, lo cual haría depender la conducta del paciente, no sólo de su propia responsabilidad sino también, de las acciones efectuadas por el médico en cuanto a claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de la comunicación y tiempo dedicado a este acto, entre otras cosas.” (Martín, 2004).

Esta definición es interesante por cuanto otorga algún grado de responsabilidad al equipo profesional que prescribe un tratamiento en relación al cumplimiento que tienen las personas sobre esas indicaciones.

Al respecto, este mismo autor Martín, hace una reflexión sobre el tema de la adherencia terapéutica y señala:” La adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.”(Martín, 2004)

Otro significado que destaca Martín sobre el concepto de adhesión, se refiere a “la acción y efecto de adherir o adherirse”. En este concepto define adhesión, a una acción y el de adherencia se refiere a una propiedad. (Martín, 2004).

DiMatteo y DiNicola definen el concepto “adherence”, como “ implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.” (Martín, 2004)

Sackett y Snow definen la adherencia terapéutica como,” el grado hasta el cual la conducta del paciente en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica”. (D’Anello, 2009) Para la presente investigación esta definición será la referencial en la definición de términos.

Otros autores se han referido al concepto de adherencia terapéutica, llamándola también apego o alianza al tratamiento, Haynes en 1976 (Basterra, 1999), define adherencia al tratamiento como el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.

Basterra, M, en un artículo de revisión sobre el cumplimiento terapéutico, hace un detallado análisis sobre los tipos, causas y factores que favorecen la no adherencia, referido al tratamiento farmacológico, al respecto, señala que las características individuales de las personas, las características del régimen terapéutico, la estructura familiar y social y las características de la estructura sanitaria son elementos todos que intervienen en la adherencia/no adherencia de las personas. (Basterra, 1999)

A continuación se detallan algunos de los factores que intervienen en la adherencia terapéutica según el autor Basterra, que a juicio del investigador del presente estudio son claves en relación al desarrollo de la investigación y que aplica en la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica.(Basterra,1999)

Relativas a las características personales; la actitud despreocupada ante la enfermedad, edades extremas, escaso grado de conocimiento de la enfermedad, el nivel educacional

bajo, la desconfianza en la eficacia del tratamiento, la escasa motivación para recuperar la salud.

Relativas a las características del régimen terapéutico; la politerapia, incomprensión del régimen terapéutico, tratamientos crónicos y/o recurrentes, aparición de efectos secundarios, características organolépticas desagradables, formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo.

Relativas a las características de la enfermedad; la cronicidad y la calidad de enfermedad silente.

Relativas a la estructura familiar y social; se destacan las referidas a la existencia de problemas de comunicación intrafamiliares, escasa supervisión de la toma de la medicación, alto grado de conflicto entre las normas familiares, soledad (vivir solo).

Relativas a las características de la estructura sanitaria y equipo sanitario; burocracia asistencial, cambios de médico, dificultad de acceso a los centros sanitario, desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el equipo de salud, equipo sanitario poco empático, desmotivado, falta de indicaciones escritas, uso de un lenguaje muy técnico que impide la buena comprensión de las recomendaciones terapéuticas, entre otros.

Todos los factores descritos con anterioridad deben ser valorados convenientemente por parte del equipo sanitario y en particular por el profesional de enfermería, por cuanto estos constituyen información relevante para que el proceso de relación enfermero/paciente sea realmente efectivo y las personas se comprometan con un curso de acción y promuevan conductas promotoras de salud.

Un adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer, las personas

deben disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad y conseguir que las mantengan a lo largo del tiempo.

Hoy en día el tema de la adherencia tiene gran trascendencia, sobretodo en el curso de las enfermedades crónicas toda vez que el incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento, sino también porque conlleva aumento de la morbilidad y mortalidad con el consecuente costo personal, familiar y social. (Durán, 2001)

Las tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología aguda versus una crónica. Del mismo modo, cuando el tratamiento de la enfermedad consiste en un patrón complejo de conductas e invade diferentes aspectos del paciente o sus resultados son invalidantes, tiende a afectar la adherencia terapéutica. Se podría establecer la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica. (Ortíz, 2007)

La adherencia al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento lo que se traduce en un buen control metabólico medido por $HB1c < a 7\%$.(Durán, 2001)

El comportamiento y el grado de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y en este contexto, el hecho que un paciente cumpla o no las prescripciones médicas juegan un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada enfermedad exige para su buena evolución. (Martín, 2004)

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de distinta naturaleza, en esencia es un comportamiento humano modulado por componentes subjetivos. La conducta de cumplir un tratamiento está mediada entre otras cosas por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su

enfermedad, su motivación por recuperar y/o mantener su salud, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos. (Martín, 2004)

Constituye un avance significativo en el reconocimiento de la envergadura de este problema por parte de organismos internacionales, la iniciativa mundial lanzada en 2001 por el grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS con el trabajo realizado en el marco de un proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo, el cual generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004 (Martín 2006).

Este informe evidencia en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas especificando que es sólo del 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo. Quiere decir entonces, que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. Se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que crecen los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad.

Un estudio realizado en México (Durán, 2001), realizado a 150 personas diabéticas cuyo objetivo fue el establecer la frecuencia de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 y la relación con el control metabólico, evidenció que la adherencia al tratamiento farmacológico correspondió a 54%, el control metabólico fue inadecuado, con una media de hemoglobina glicosilada >10%. También se identificaron factores que influyen para la no adherencia, la baja escolaridad y la falta de información entre otras.

Martín, L en una investigación realizada a personas que padecen diabetes tipo 2 encontró que la buena adherencia al tratamiento incluidas las modificaciones higiénicas, dietéticas y las medidas de autocuidado reducen las complicaciones y la discapacidad, a la vez que mejoran la calidad y esperanza de vida de estas personas. (Martín, 2006)

Meichenbaum & Turk (Martín, 2006), plantean que las dos estrategias más estudiadas en relación a la adherencia terapéutica, han sido la educación en salud y la modificación de conductas, demostrando esta última ser la más exitosa. A su vez, indican que el objetivo de un programa de entrenamiento en adhesión es promover la implicación del paciente y su familia, su autocontrol y el mantenimiento a largo plazo en ausencia de supervisión por parte del profesional de la salud.

Al respecto, Mussi, señala: “La implicación de la familia y de las personas relacionadas con el cuidado de la diabetes, lo que resalta el hecho de que esta enfermedad como cualquier otra afección crónica, no afecta únicamente al paciente, por otro lado, la educación es un elemento importante que debe ser considerada una labor continua, no limitada a conocimientos básicos, ya que constantemente se realizan avances y además, la situación del diabético cambia tanto en las distintas fases de la enfermedad como en el transcurso del ciclo vital” (Mussi, 2006)

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma. Con independencia del término que se utilice, adherencia o cumplimiento, es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, es él quien decide en última instancia cómo y cuando lo hará. En este sentido, se hace mucho hincapié en diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia pues la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de elaboración de las recomendaciones, quiere decir que las personas, deben ser socios activos de los profesionales de la salud en el proceso de atención, considerando como válida la hipótesis de que los resultados de una comunicación interactiva entre ambos, deben conducir a lograr mejores niveles de adhesión.(Martín,2006)

Así concebida la adherencia terapéutica, permitiría una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica. De ese modo involucraría una participación activa de la persona en lograr un mejor control de su enfermedad, prevenir complicaciones y preservar una mejor calidad de vida.

De acuerdo al autor Martín, L, la deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación. (Martín, 2006)

Hoy en día existe evidencia para destacar el modelo psicosocial que explica el comportamiento de las personas relacionados con la adherencia al tratamiento. Quintana y cols, realizaron un estudio de casos y controles en la comuna de Los Angeles, provincia de Bío-Bío, Chile, en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 con buen control metabólico ($HbA1c < 7\text{mg/dl}$) y personas con Diabetes Mellitus con mal control metabólico ($HbA1c > 7\text{mg/dl}$). En este estudio los autores miden en ambos grupos variables psicosociales basadas en el Modelo de Creencias en Salud, las que sustentan la hipótesis que las variables psicosociales determinan parte de la conducta de adherencia al tratamiento, influyendo en el control metabólico de los pacientes diabéticos. (Quintana, 2007)

Otro estudio realizado en Colombia, incluyó a 131 personas con diabetes, el objetivo fue conocer los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico interpretados desde

un enfoque biopsicosocial, el resultado coincidió con la evidencia, esto es, reconocer que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas es un tema multifactorial y complejo en el cual se mezclan factores psicológicos, demográficos y del comportamiento, así como aspectos propios debidos a la cronicidad de la afectación y otros que atañen al individuo como tal, como ser social y cultural. (Alayón, 2008)

2.3 MARCO REFERENCIAL

Nola Pender, enfermera y académica, desarrolló en 1996 el Modelo de Promoción de la salud (MPS), cuyo eje generador fue la Teoría Cognitivo Social de A. Bandura, el cual defiende los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento (Pender, 1996).

La Teoría Cognitivo Social, incluye algunas autocreencias, cuales son, la autoatribución, la autoevaluación y la autoeficacia, esta última es una construcción central para el modelo desarrollado por Pender. (Sakraida,2007)

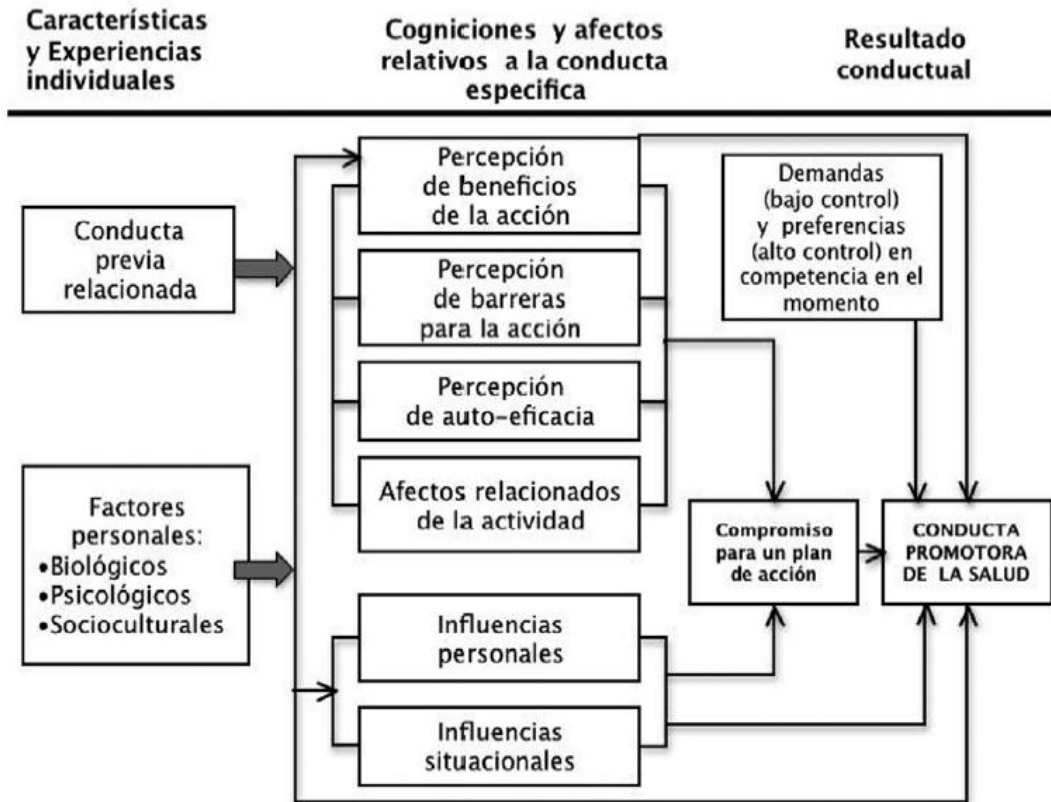
Pender basó su modelo en ciertos supuestos básicos, los cuales reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destaca el papel activo de la persona para gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno.

Los principales supuestos de este modelo son: las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de salud humana; las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias; los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta; las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo; los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida; la reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de

conducta; las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.(Sakraida,2007)

El modelo presenta diez determinantes que permiten explicar, predecir y modificar conductas promotoras de salud que se relacionan con las experiencias y características individuales de las personas y con los conocimientos y afectos específicos de la conducta, estos son conocimientos y sentimientos afectivos relativos a conductas específicas los cuales son definidos por Pender como mecanismos primarios de motivación. Ambos componentes generan en los individuos un resultado de conducta los cuales permiten mejorar la calidad de vida.

A continuación se presenta el esquema que explica el Modelo de Promoción de la Salud



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB²¹

Estas determinantes se explicarán de acuerdo a lo propuesto por Behn, en orden a mejorar la comprensión de las mismas para el desarrollo de este trabajo. (Behn, 2001)

- Conductas previas relacionadas: Las personas tenemos la capacidad de repetir conductas, las cuales las desarrollamos e incorporamos como la formación de hábitos.

- Factores personales: en los biológicos, se refiere a características personales tales como, edad, género, índice de masa corporal, presencia de enfermedades, capacidad física, autonomía/dependencia, entre otras.

En los psicológicos, se destaca la autoestima, asertividad, percepción de salud, entre otros.

En los socioculturales, educación, ingreso económico, vivienda, ocupación, participación social, otros.

- Percepción de beneficios de la acción: se refiere a las expectativas o refuerzos positivos que percibe la persona como consecuencia de una conducta, esto se transforma en fuente de motivación ya sea intrínseca y/o extrínseca para la adquisición de conductas saludables. Las motivaciones intrínsecas suelen ser de mayor valor y a perdurar en el tiempo.
- Percepción de barreras para la acción: La conducta es difícil de conseguir ya que hay vallas en el camino y los beneficios son a largo plazo. Sin embargo, una fuerte motivación en el beneficio que genera la acción, la percepción de barrera puede desaparecer.
- Percepción de autoeficacia: se refiere a la valoración que hace la persona de su capacidad para desarrollar cierta conducta. Esta capacidad se forma en base a cuatro actitudes; evaluación personal de logros y como lo valoran los otros, los logros que la persona observa en otros, el convencimiento verbal de otros y la condición fisiológica del momento, tales como ansiedad, miedo, soledad.
- Afectos relacionados a la actividad: Estos afectos almacenados subjetivamente en la persona evocan sentimientos positivos y/o negativos, los que influyen de esa misma manera en el resultado de una acción.
- Influencias interpersonales: se consideran determinantes de conductas de salud en la medida que personas significativas, como padres, hermanos, hijos, pares, prestadores de salud, entregan modelos y el deseo de seguir su ejemplo. Es un apoyo social motivador.
- Influencias situacionales: Dados por el medio ambiente, como estímulos contextuales. Lo utilizan los medios de comunicación social como estrategia de rápido impacto frente a situaciones coyunturales de emergencia.
- Compromiso para un plan de acción: Corresponde al momento que la persona decide iniciar una acción, es decir, se compromete en la adopción de cierta conducta teniendo en cuenta todos los factores mencionados con anterioridad.
- Las demandas de competencia: se refiere a las demandas de preferencias personales que la persona no puede resistir, cuando aparecen se levantan como barreras para la acción. El control de este factor está en la capacidad de resistir las distracciones y disponer de un adecuado autocontrol.

El modelo de promoción de la salud (MPS) surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud.

El modelo es básicamente un modelo de enfermería, para evaluar la acción de promoción a la salud y el comportamiento que conduce a la promoción de la salud y de la interrelación entre tres puntos principales; las características y experiencias de los individuos, las sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar y el comportamiento de la promoción de la salud deseable. (Trejo,2010)

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería, según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

La modificación de estos factores y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, la cual es definida por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida, teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente.

Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

En el caso de la diabetes, las nuevas tendencias de intervención en esta enfermedad incluyen el trabajo cercano con el paciente, en el entrenamiento de habilidades sociales para el mejor control de su enfermedad, incluyendo la autoeficacia. (Balcázar-Nava,2001)

El modelo de Promoción de la Salud (MPS) ha sido utilizado en diferentes estudios en personas diabéticas; un estudio en México,(Gallegos,2004) buscó determinar el efecto de la dieta y el ejercicio como conductas protectoras en el control glicémico , también identificó la capacidad explicativa de variables afectivas y cognoscitivas en la dieta y el ejercicio, al respecto los resultados del estudio validan la relación entre las variables cognoscitivas y afectivas y las conductas protectoras de salud, dieta y ejercicio. Para los integrantes de esa muestra los beneficios percibidos, el apoyo familiar y las barreras ambientales mejoraron la observancia de la dieta y el ejercicio como parte del tratamiento prescrito para mantener controlada la glicemia.

Otro estudio también en México, (Miyar,2003) sobre población diabética midió el impacto de un programa de educación en diabéticos aplicando el Modelo de Promoción de la Salud, los resultados relacionados con los beneficios percibidos, resultaron el conocimiento sobre su enfermedad y el autocontrol y como barreras para participar del estudio, la falta de tiempo y el trabajo. Además corrobora lo destacado por otros investigadores acerca de que en la medida en que los individuos sean capaces de anticipar un beneficio de una acción, su colaboración será positiva para participar en ella.

En su discusión final el autor agrega: “el Modelo de Promoción de la Salud de Pender permite dirigir estrategias educativas facilitando la interacción enfermera paciente, así como su liderazgo dentro del equipo multidisciplinario de salud”.

En población adolescente, Trejo, F. realizó un estudio mixto en base a la recolección de datos a través de un instrumento diseñado sobre los conceptos definidos en el MPS, cuyo objetivo fue reconocer los motivos que estas personas tenían para no realizar conductas de promoción de la salud. Básicamente estudió la variable sedentarismo. El instrumento y valoración se aplicaron en tres momentos al inicio del estudio, a los tres meses y al año (Trejo, 2010).

Después de cada valoración se realizaron diagnósticos de enfermería y un plan de intervenciones de acuerdo a los diagnósticos planteados. Finalmente el seguimiento en base de las intervenciones y consejería de enfermería se logró identificar las barreras que el adolescente presentó para no adoptar el estilo de vida promotor de salud relacionado con el ejercicio, se identificaron barreras en las relaciones interpersonales con respecto al grupo de amigos y la familia, por lo que se concluye que el apoyo familiar es clave en la adquisición de conductas positivas como también la motivación, desarrollo de la autoestima y adquisición de hábitos saludables.

En Concepción, Chile, Cid y Cols, estudiaron la correlación entre el estilo de vida promotor de salud y variables independientes tales como autoestima, percepción de estado de salud y autoeficacia percibida. Los autores explican que aplicando el modelo MPS, la autoestima y la autoeficacia de las personas se revelan como las variables más importantes para explicar el estilo de vida promotor de salud. (Cid, 2006)

Niveles más altos de autoestima y autoeficacia están prácticamente asociados a puntajes más altos de estilo de vida promotor de salud. A su vez se menciona en esta misma

investigación, que es indispensable que las personas asuman un rol más activo en el desarrollo y mantención de conductas más saludables, particularmente considerando el informe de la OMS, en donde se demuestra que las enfermedades no transmisibles asociadas a estilos de vida no saludables son responsables del 60% de las muertes y del 43% de la carga total de enfermedad. (Cid, 2006)

Se concluye este trabajo destacando la importancia que tiene en las intervenciones en salud, promover la autoeficacia y la autoestima, haciendo sentir a las personas valoradas y exitosas en la realización de una determinada conducta o actividad.

El aporte teórico de Pender a la práctica de enfermería trasciende al señalar que las variables cognoscitivas y afectivas de las personas son susceptibles de ser modificadas con las intervenciones de enfermería.

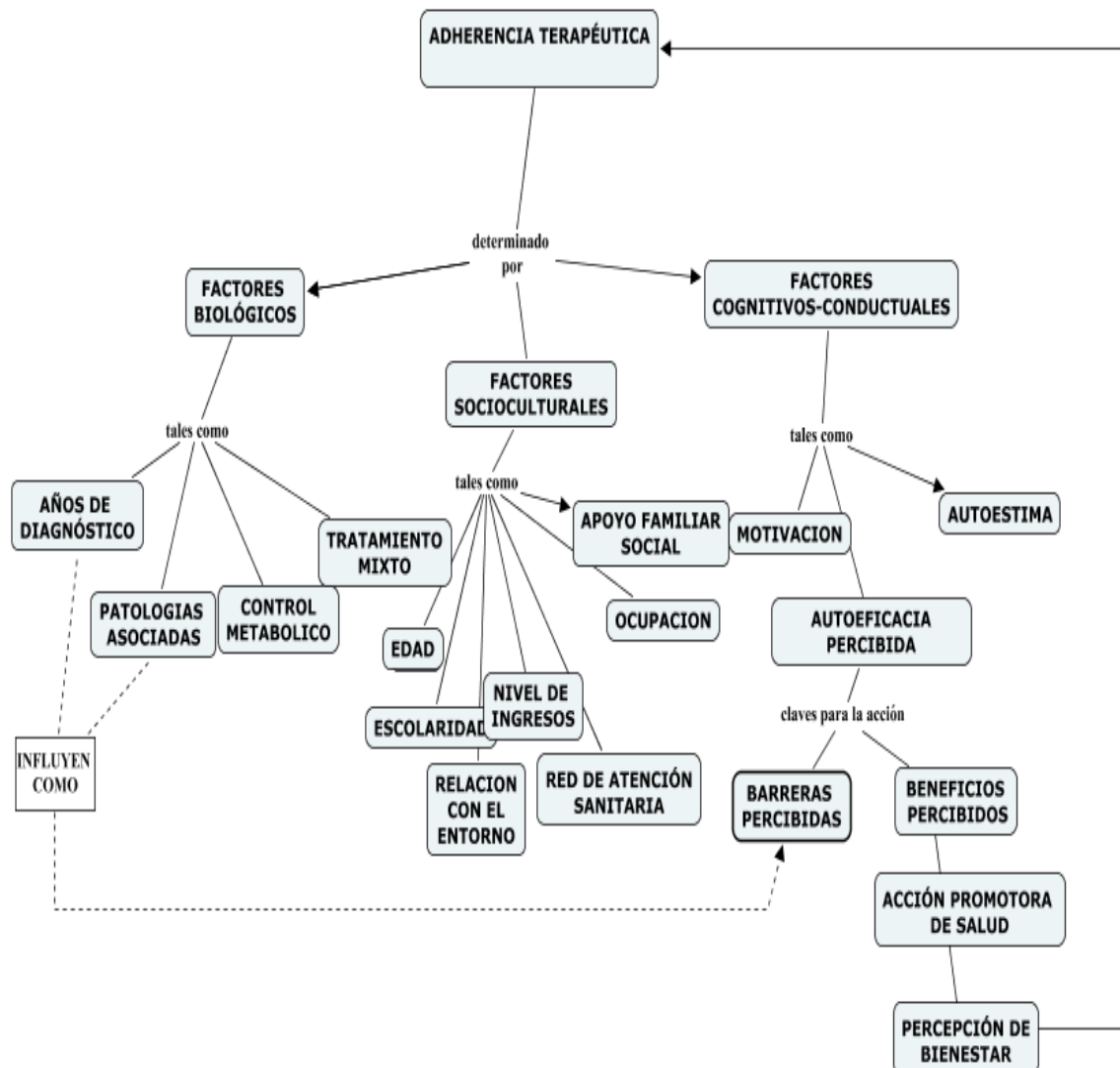
Eventualmente, estas variables incrementarían la práctica de conductas protectoras, las que a su vez tendrían el poder suficiente para llevar a resultados favorables en el estado de salud del adulto con Diabetes tipo 2. (Balcázar-Nava, 2011)

De acuerdo a la evidencia planteada, la teoría MPS de Pender, con sus diez determinantes de la conducta promotora de salud, se perfilan los estilos de vida que una persona decide llevar a cabo y sobre las cuales mantiene algún grado de control.

Behn en su artículo señala:” En el modelo de Pender se reconoce una doble importancia para enfermería, por un lado permite identificar tempranamente en los individuos los determinantes de sus conductas promotoras de salud y por otro lado ofrece fundamento y la evidencia para que enfermería influya en algunos de estos determinantes con el fin de lograr estilos de vida más saludables”. (Behn, 2001) Además, esta autora propone , como parte del cuidado enfermero, incluir tópicos relativos a la mantención de la dieta, la

práctica del ejercicio, responsabilidad en salud o autocontrol, crecimiento espiritual y apoyo interpersonal.

2.4 MAPA CONCEPTUAL



Fuente: Elaboración Propia Marzo, 2013

2.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a los conceptos previamente analizados en el marco teórico que sustentan y justifican este trabajo de investigación podemos enumerar las siguientes afirmaciones:

1. Las enfermedades no transmisibles asociadas a factores de riesgo modificables son en la actualidad las principales causas de enfermedad y muerte en la mayor parte del mundo.
2. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades con mayor impacto socio-sanitario, con una prevalencia al alza en la población general, altos índices de morbimortalidad y discapacidad.
3. Los programas específicos implementados para el control y manejo de las personas diabéticas no han cumplido con las metas propuestas, las personas no adhieren al tratamiento prescrito.
4. La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.
5. Para que las conductas de salud se lleven a cabo de forma efectiva, una de las explicaciones desde la psicología es el concepto de autoeficacia, como un regulador en el proceso de la adherencia hacia el tratamiento.

De acuerdo a lo anterior, se plantea la siguiente hipótesis:

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 con mayor nivel de autoeficacia percibida desarrollan mayor nivel de adherencia al tratamiento.

2.6 VARIABLES DE ESTUDIO

Para el presente estudio se definieron cuatro variables, que se presentan a continuación:

1. Características sociodemográficas de la persona con diabetes tipo 2
2. Perfil clínico de la persona con diabetes tipo 2.
3. Adherencia terapéutica
4. Autoeficacia percibida

2.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA PERSONA CON DIABETES TIPO 2	Conjunto de características personales, familiares, sociales y económicas que definen a una persona y la distinguen de las demás y que se ven influenciado por el proceso de salud/enfermedad en el contexto social que se desarrollan, tales como, sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, entre otras	1.1.- Perfil demográfico	Edad		Años cumplidos
			Estado civil	- Soltero - Casado - Viudo - Separado - Viudo	
			Estructura Familiar	- Unipersonal - Nuclear - Extendida	- Solo - Padres - Hijos - Pareja - Otras personas
			Escolaridad	- Analfabeto - Básica - Secundaria - Técnico profesional - Universitario	Último año cursado
		1.2. Perfil Socioeconómico	Ocupación	- Inactivo (*)- Patrón o empresario - Empleado - Obrero - Trabajador por cuenta propia (* Inactivo: Dueña de casa, estudiante, jubilado, discapacitado)	
			Ingreso mensual per cápita	- Primer quintil - Segundo Quintil - Tercer Quintil - Cuarto quintil - Quinto quintil	- (< a \$53.184) - (\$ 53.184- \$90.067) - (\$90.097 - \$ 140.665) - (\$140.666 - \$ 254.627) (\$ > a\$ 254.628)

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
2. PERFIL CLÍNICO DE LA PERSONA CON DIABETES TIPO 2	Conjunto de características referidas a la evolución de la diabetes mellitus	2.1 Años de diagnóstico	Años de evolución de la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • 1 – 2 años • 3 – 4 años • 5 – 6 años • 7 – 8 años • 9 – 10 años • Mas de 10 años 	
		2.2 Tipo de tratamiento medicamentoso	Tipo de Medicamentos utilizados	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoglicemiante Oral. • Inyectable (insulina) • Tratamiento mixto 	
		2.3 Control metabólico	Último resultado de Hemoglobina Glicosilada (Hbca1)	<ul style="list-style-type: none"> • < a 7% • > a 7% 	

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	El grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica (Sackett y Snow 1979)	3.1 Cumplimiento de la dieta	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de los alimentos que debe evitar consumir. - Conocimiento de los alimentos que debe consumir 	1.- Evito consumir pan dulces 2.- Evito consumir postres dulces 3.- Evito consumir golosinas o confites dulces 4.-Evito consumir leche entera . 5.- Evito consumir carne con grasa 6.- Evito cocinar con manteca vegetal o animal 7.- Evito consumir bebidas alcohólicas 8.- Evito utilizar salsas y condimentos al cocinar 9.- Evito utilizar sustitutos del azúcar 10.- Evito consumir comidas muy saladas 11.- Equilibro mi dieta cuando consumo mas de un grupo de alimentos 12.- Consumo frutas al menos una vez al día 13.- Consumo ocho vasos de agua al día	Opciones de respuesta: 1 = Nunca lo hago 2 = Casi nunca lo hago 3 = Lo hago regularmente 4 = Casi siempre lo hago 5 = Siempre lo hago

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica (Sackett y Snow 1979)	3.2 Realización de actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica de ejercicio - Percepción de los beneficios del ejercicio en su salud 	14.- Camino para sentirme mejor 15.-Realizo algún juego con mis hijos y nietos 16.-Consumo alimentos antes de realizar ejercicios 17.-Tengo un horario fijo para realizar ejercicios 18.-Sufro de menos cansancio cuando realizo ejercicio físico 19.- Me siento menos triste o decaído cuando realizo alguna actividad física 20.- Mejoro mi condición física cuando realizo ejercicios. 21.-Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio 22.-Realizo paseos cortos durante el día.	Opciones de respuesta: 1 = Nunca lo hago 2 = Casi nunca lo hago 3 = Lo hago regularmente 4 = Casi siempre lo hago 5 = Siempre lo hago

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	El grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica (Sackett y Snow 1979)	3.3 Control Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia regular a control médico - Participación en actividades de educación en el consultorio. - Percepción sobre su equipo de salud. - Realización de exámenes de control cuando se le solicita. 	<p>23.-Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y mi estatura.</p> <p>24.-Visito al médico del consultorio en caso de alguna complicación</p> <p>25.-Asisto puntualmente a las citas del control de la diabetes</p> <p>26.-Asisto al consultorio para realizar los exámenes de control.</p> <p>27.-El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad.</p> <p>28.-Me realizo la glicemia cuando me lo solicitan.</p> <p>31.- Existe personal capacitado en el consultorio para tomar la Glicemia</p> <p>32.- Existe personal capacitado en el consultorio que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la diabetes</p> <p>45.- Asisto a charlas educativas sobre diabetes en el consultorio</p> <p>46.- Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético</p>	<p>Opciones de respuesta:</p> <p>1 = Nunca lo hago</p> <p>2 = Casi nunca lo hago</p> <p>3 = Lo hago regularmente</p> <p>4 = Casi siempre lo hago</p> <p>5 = Siempre lo hago</p>

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	El grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica (Sackett y Snow 1979)	3.4 Medicamentos	- Disponibilidad de Medicamentos - Conocimiento acerca de los medicamentos	29.- Recibo los medicamentos el mismo día de la cita. 30.-Tengo accesibilidad para retirar los medicamentos del consultorio. 49.-Me he preocupado por saber como debo tomar mis medicamentos para la diabetes.	Opciones de respuesta: 1 = Nunca lo hago 2 = Casi nunca lo hago 3 = Lo hago regularmente 4 = Casi siempre lo hago 5 = Siempre lo hago
		3.5.Cuidado de los pies		47.-Despues del baño seco mis pies. 48.-Asisto a algún lugar(pedicuro al consultorio o particular) para que corte mis uñas de los pies de manera adecuada.	

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	<p>El grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica (Sackett y Snow 1979)</p>	3.6 Apoyo familiar	<p>Conocimiento de la familia en relación a la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaboración de la familia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico. - Colaboración de la familia en el cuidado de los pies. - Percepción del paciente en relación a la motivación que le brinda su familia para el autocuidado. 	<p>33.- Mi familia conoce lo que es la diabetes. 34.-Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte de los demás 35.-Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para una dieta especial 36.-Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día. 37.- Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para las uñas, otros) 38.-Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento 39.-Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares 40.- Mis familiares me estimulan en la práctica de alguna actividad recreativa. 41.- Mis familiares me estimulan en la práctica de algún deporte. 42.-Mis familiares me ayudan en el secado de los pies. 43.-Mis familiares están pendientes que no pierda las citas de control de la diabetes en el consultorio. 44.- Mis familiares se preocupan de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios.</p>	<p>Opciones de respuesta:</p> <p>1 = Nunca lo hago 2 = Casi nunca lo hago 3 = Lo hago regularmente 4 = Casi siempre lo hago 5 = Siempre lo hago</p>

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
4. AUTOEFICACIA PERCIBIDA	<p>Creencia de las personas de poseer las capacidades y habilidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan los resultados deseados</p>	<p>4.1 Motivación y manejo de los aspectos psicológicos relacionados con la diabetes.</p>		<p>67.-Conozco maneras positivas que uso para enfrentar el estrés que me causa la diabetes. 69.-Puedo enfrentar bien el stress relacionado con la diabetes. 70.-Conozco en donde puedo encontrar apoyo para vivir y cuidadr mi diabetes. 71.-puedo pedir ayuda para vivir y cuidar mi diabetes cuando lo necesito. 72.-Me puedo apoyar o ayudar a mi mismo en relación a mi diabetes. 73.-Conozco lo que me ayuda a permanecer motivado para cuidar de mi diabetes. 74.-Me puedo motivar a mi mismo para cuidar mi diabetes. 75.-Conozco suficiente de la diabetes para escoger lo que es bueno para mi. 76.-Me conozco lo suficiente como persona como para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi diabetes.</p>	<p>Opciones de respuesta: 1 = Nunca lo hago 2 = Casi nunca lo hago 3 = Lo hago regularmente 4 = Casi siempre lo hago 5 = Siempre lo hago</p>

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
4. AUTOEFICACIA PERCIBIDA	<p>Creencia de las personas de poseer las capacidades y habilidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan los resultados deseados. (Bandura, 1999)</p>	<p>4.2 Metas y barreras en el cuidado de la diabetes</p>	<p>- Evaluación de la insatisfacción y la disposición al cambio</p>	<p>50.- Conozco con que partes del cuidado de mi diabetes lo estoy haciendo bien y estoy satisfecha 51.-Conozco con que partes del cuidado de mi diabetes No lo estoy haciendo bien y estoy insatisfecha 52.-Conozco que partes del cuidado de mi diabetes estoy dispuesto a cambiar para hacerlo mejor. 53.-Conozco que partes del cuidado de mi diabetes no estoy dispuesto a cambiar a pesar de saber que no lo estoy haciendo bien. 64.-Puedo decir como me estoy sintiendo viviendo con la diabetes. 65.- Puedo decir como me estoy sintiendo cuidando mi diabetes. 66.-Conozco como mi diabetes me produce stress en mi vida 68.- Conozco maneras negativas que uso para enfrentar el stress que me produce la diabetes. 77.- Me puedo dar cuenta si vale la pena lo que estoy intentando cambiar en el cuidado de mi diabetes.</p>	<p>Opciones de respuesta: 1 = Nunca lo hago 2 = Casi nunca lo hago 3 = Lo hago regularmente 4 = Casi siempre lo hago 5 = Siempre lo hago</p>

Definición Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
4. AUTOEFICACIA PERCIBIDA	Creencia de las personas de poseer las capacidades y habilidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan los resultados deseados. (Bandura, 1999)	4.3 Identificación y manejo de estrés	Establecimiento de logros y metas en el manejo de la diabetes	<p>54.-Puede escoger objetivos realistas en el cuidado de mi diabetes. Me propongo algo específico a realizar.</p> <p>55.-Conozco cuales de mis objetivos en la diabetes son mas importantes para mi (que parte del cuidado)</p> <p>56.-Conozco las cosas de mi mismo que me ayudan o impiden alcanzar mis objetivos en relación a la diabetes.</p> <p>57.-Puedo tener buenas ideas que me ayuden a alcanzar mis objetivos.</p> <p>58.- Soy capaz de convertir mis objetivos en un plan de acción práctico y concreto (cuando me propongo algo lo cumplo)</p> <p>59.-Puedo alcanzar mis objetivos una vez que he decidido hacerlo</p> <p>60.-Conozco los obstáculos que pueden dificultar el logro de mis objetivos.</p> <p>61.-puedo pensar en diferentes maneras de superar los obstáculos que me impiden alcanzar mis objetivos en la diabetes.</p> <p>62.-Puedo intentar hacer diferentes cosas para superar los obstáculos para lograr mis objetivos.</p> <p>63.-Soy capaz de decidir que formas de enfrentar los obstáculos funcionan mejor para mi..</p>	<p>Opciones de respuesta:</p> <p>0 = Nunca lo hago</p> <p>1 = Casi nunca lo hago</p> <p>2 =Lo hago regularmente</p> <p>3 = Casi siempre lo hago</p> <p>4 = Siempre lo hago</p>

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se enmarcó dentro de un estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal, que buscó estudiar la relación que existe entre la variable autoeficacia percibida y la variable adherencia terapéutica.

3.1.2 PROCEDIMIENTOS ÉTICOS

Análisis de los riesgos y beneficios previstos: Para los participantes, este estudio no presenta ningún riesgo en término de su integridad física ni psicológica. Se trata de una actividad complementaria y voluntaria. Los participantes no tendrán beneficios del resultado de esta actividad.

Respeto a la autonomía:

- Se resguardó en todo momento la privacidad y confidencialidad de la información proporcionada a los investigadores del estudio.
- Se aplicó un consentimiento informado para participar en el estudio.
- La participación de las personas fue enteramente voluntaria

No maleficencia:

- El estudio a realizar no contempla riesgo alguno para los participantes. Este punto es de vital importancia, ya que al ser un estudio que busca conocer, determinar y correlacionar características de las personas y no intervenir al mismo.

Justicia distributiva:

- Cada integrante de la muestra que aceptó participar en el estudio, tienen la misma oportunidad o probabilidad de hacerlo.
 - No existe riesgo alguno para cualquier integrante del estudio, sin discriminación de sexo, raza o edad.
 - El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua. (Ordinario 878 del 17, Mayo, 2012.)
- Coordinación con la institución. La investigadora contó con la aceptación formal de la dirección del hospital San Juan de Dios, del médico jefe de la unidad participante, consultorio de especialidades y con la anuencia del equipo de enfermería del consultorio y el compromiso de participación activa de sus miembros, ya que consideran que este estudio es un aporte para la gestión del cuidado de enfermería.

3.2 UNIVERSO

Corresponde al total de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, ambos sexos, mayores de 15 años, que asisten al consultorio adosado para su control (N= 449 personas).

3.3. DISEÑO MUESTRAL

La elección del diseño muestral fue determinada en función de la estrategia de investigación a seguir, los objetivos del estudio, las características de la población estudiada, el marco muestral y la precisión esperada. Dado que se tiene acceso a la muestra, se eligió un diseño probabilístico, lo que permitió calcular la probabilidad de inclusión en la muestra de todos

los sujetos que componen el universo. El criterio de muestreo elegido es el Muestreo Aleatorio Simple (MAS). El tamaño muestral se obtiene de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{1}{\frac{\delta^2}{z_{\alpha}^2 \times s^2} + \frac{1}{N}}$$

Donde:

δ = error máximo admisible

z_{α} = nivel de confianza estandarizado

N= población

s^2 = desviación estándar de la población

Considerando una varianza en la Prevalencia de DM 2 en la población mayor de 15 años de 10% (9,6 real), un nivel de confianza del 90% y un error máximo admisible de 5%, la muestra quedó constituida por un $n = 80$. Las personas encuestadas se seleccionaron a través de la utilización de una tabla de números al azar.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se consideraron criterios de inclusión, todas las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de más de 1 año de evolución, mayores de 15 años.

Como criterios de exclusión se consideraron, tener impedimento intelectual que altere la comprensión de las preguntas y personas con diagnóstico de depresión, por lo que esa condición podría haber influido el ánimo de las personas participantes.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Corresponde a la persona adulta mayor de 15 años, de ambos sexos, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, con 1 año de evolución como mínimo, que asiste a control al Consultorio de Especialidades del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Los Andes, durante el periodo de estudio. Para la selección de este centro asistencial, se tomó en cuenta la ubicación, accesibilidad, disponibilidad, además de la cercanía del investigador con el equipo de enfermería e interés del profesional enfermero en los resultados del estudio.

3.5 RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

3.5.1. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con modalidad de autoadministración, con acompañamiento de un profesional enfermero en un tiempo aproximado de 20 minutos por aplicación.

Este cuestionario se basó en dos escalas de medición, la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM – III©) de Alfonso Villalobos Pérez y Carlos Araya Cuadra y la Escala para evaluar la Autoeficacia en Diabéticos, DES (Diabetics Empowerment Scale), creada por Robert M. Anderson, de la University of Michigan Medical School, probada en población latina. Para el uso de ambos instrumentos se solicitaron los permisos correspondientes a sus autores.

En la primera parte, el cuestionario consulta datos de identificación de índole general, características sociodemográficas y características clínicas de la diabetes.

En la segunda parte, cuarenta y nueve oraciones, se consultó una serie de situaciones, vinculadas a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2, agrupadas en los siguientes ítems: cumplimiento de la dieta, realización de ejercicio físico, control médico,

administración de medicamentos, higiene y autocuidado de los pies y apoyo familiar. Se utilizó una escala Likert de cinco opciones que evaluó frecuencia de ejecución de la situación planteada. El puntaje de cada ítem se obtuvo de la suma del total de puntos de cada escalamiento, se le dividió por el máximo de opciones Likert que tiene la variable y se multiplicó por 100. El índice arroja un valor entre 0 y 100. Puntajes próximos a 100 indican un autoreporte más cercano a pautas de adherencia esperadas, para una vida saludable en personas con DM tipo 2.

En la tercera parte, veintiocho oraciones, midieron autoeficacia y se agruparon en los siguientes ítems: Motivación y manejo de los aspectos psicosociales relacionados con la diabetes; Metas y barreras en el cuidado de la diabetes e Identificación y manejo de estrés. También en esta parte se utilizó una escala tipo Likert de cinco opciones que evaluó la frecuencia de ejecución de la situación planteada.

Para el presente estudio, el cuestionario completo se probó en el mismo lugar en donde se realizó la investigación en personas con características similares a los sujetos participantes, para lo cual se solicitó su participación voluntaria a través de un consentimiento informado sobre los beneficios y riesgos que este estudio presentaba para ellos. Se hicieron ajustes dialécticos en orden a mejorar el nivel de comprensión de las preguntas.

3.5.2. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó el instrumento durante los meses de Junio y Julio del año 2012, de lunes a viernes de acuerdo a los días y horario del programa de diabetes con profesional Enfermero y Nutricionista, se seleccionaron las personas que cumplieran con los requerimientos de inclusión, de acuerdo a los datos registrados en la cartola de tratamiento y control. Los datos relacionados con la variable perfil clínico, fueron extraídos de este documento, por cuanto son datos fiables.

3.5.3 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Se trabajó coordinadamente con la enfermera encargada del programa de control de diabetes tipo 2, en la selección de la muestra y en la citación de las personas. Se dispuso para la aplicación del cuestionario una sala de reuniones en el mismo consultorio. Las personas citadas a control con enfermera y nutricionista, que cumplían con los requisitos de inclusión, se les aplicaba el cuestionario, previo consentimiento escrito y luego seguían con la rutina del control. Además se contó con la participación de una enfermera recién egresada quien ayudaba a las personas participantes con la comprensión de las preguntas.

3.6. CRITERIOS DE ANÁLISIS DE DATOS-SOFTWARE A UTILIZAR

Para el análisis de los datos, se procedió a:

1. Digitar y editar los datos (missing, outlayers).
2. Análisis descriptivo de los datos (medidas de tendencia central y de dispersión).
3. Análisis de correlación usando Coeficiente de Correlación de Spearman , mediante software SPSS, versión 15.0.

CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

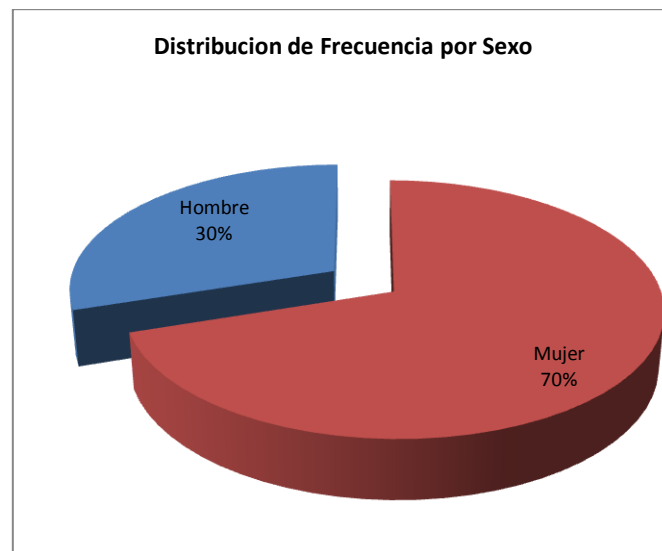
La muestra estuvo constituida por 80 personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, en su mayoría de género femenino, con edad promedio por sobre los 60 años, baja escolaridad y bajo nivel de ingresos.

Este perfil es coincidente con las características generales de la población diabética, mayor prevalencia de diabetes en mujeres, bajo nivel socioeconómico y escolaridad y también con los hallazgos encontrados en otros estudios similares. (Díaz G, 2006; Villalobos-Pérez A, 2006; De los Ríos, 2004)

A continuación se revisan gráficamente los datos sociodemográficos que caracterizan la muestra.

Tabla 1: Distribución por sexo

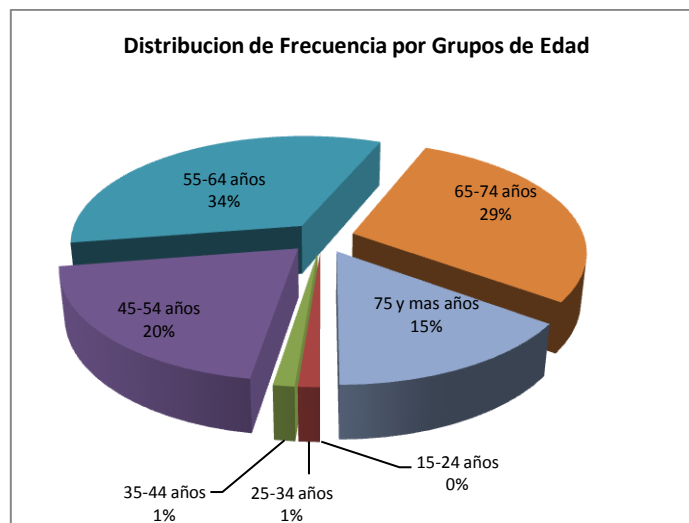
Sexo	Nº	%
Mujer	56	70,0%
Hombre	24	30,0%
Total	80	100,0%



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla 2: Distribución por grupo de edad

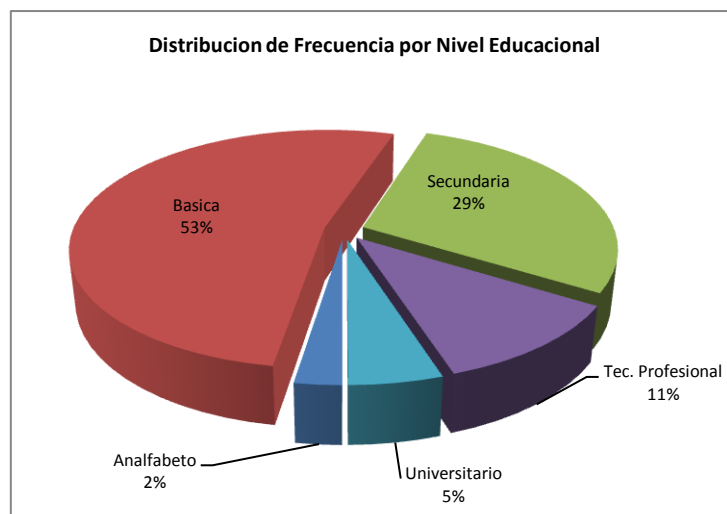
Grupos edad	Nº	%
15-24 años	0	,0%
25-34 años	1	1,3%
35-44 años	1	1,3%
45-54 años	16	20,0%
55-64 años	27	33,8%
65-74 años	23	28,8%
75 y mas años	12	15,0%
Total	80	100,0%



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla 3: Distribución por nivel de educación

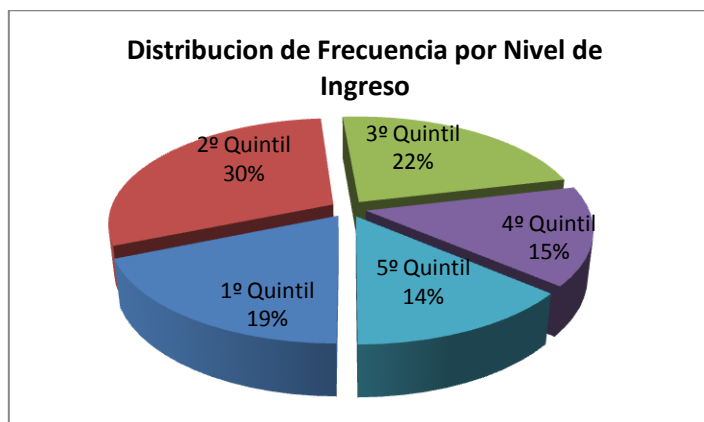
Educación	Nº	%
Analfabeto	2	2,5%
Básica	42	52,5%
Secundaria	23	28,8%
Tec. Profesional	9	11,3%
Universitario	4	5,0%
Total	80	100,0%



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla 4: Distribución por nivel de ingresos

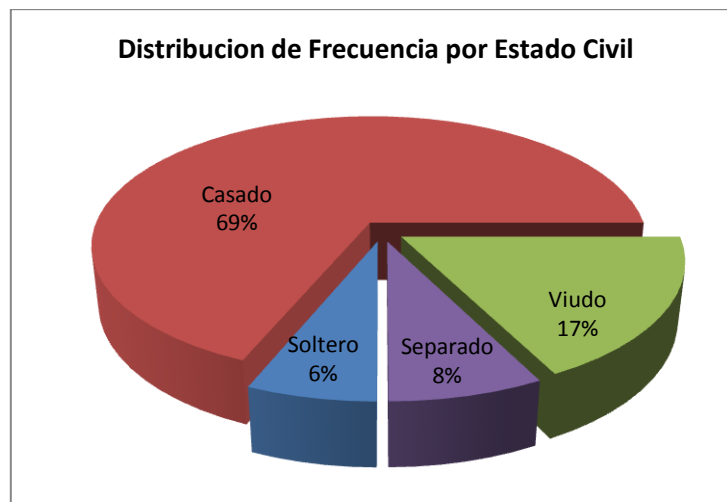
Nivel de ingreso	Nº	%
1º Quintil	15	18,8%
2º Quintil	24	30,0%
3º Quintil	18	22,5%
4º Quintil	12	15,0%
5º Quintil	11	13,8%
Total	80	100,0%



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla 4: Distribución por estado civil

Estado Civil	Nº	%
Soltero	5	6,3%
Casado	55	68,8%
Viudo	14	17,5%
Separado	6	7,5%
Total	80	100,0%

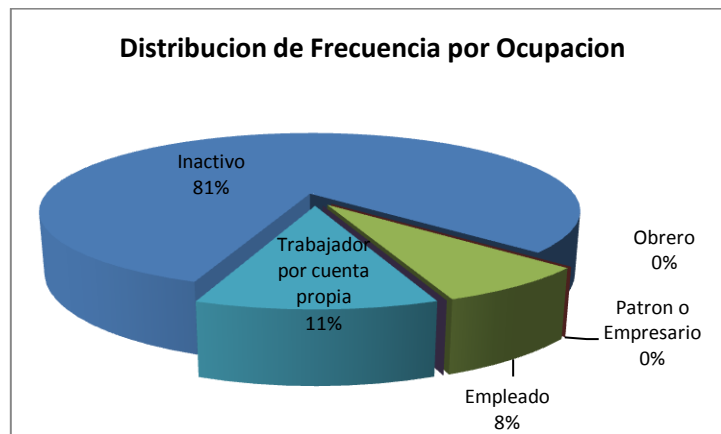


Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

La mayoría de las personas vive acompañada, este dato es importante por cuanto el apoyo familiar es un factor que se valora muy positivo a la hora de adherir o no al tratamiento prescrito.(Gallegos.2004)

Tabla 5: Distribución por ocupación

Ocupación	N°	%
Inactivo	65	81,3%
Patrón o Empresario	0	,0%
Empleado	6	7,5%
Obrero	0	,0%
Trabajador por cuenta propia	9	11,3%
Total	80	100,0%



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

La distribución por ocupación, sumado al bajo nivel de ingresos y la baja escolaridad, evidencia un grupo característico coincidente con lo encontrado en otros estudios similares y artículos afines. (De los Rios.2004; Quiroz.2007; Quintana.2007)

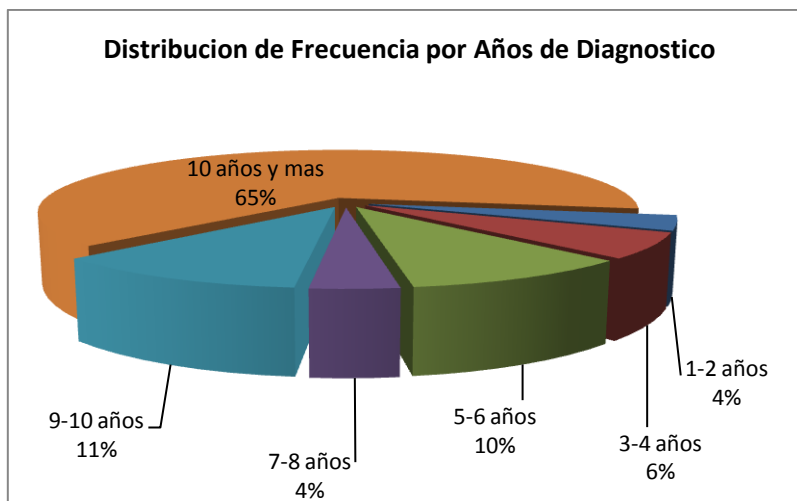
4.1.2. PERFIL CLÍNICO

La variable perfil clínico esta dado por personas con más de 10 años de evolución de su patología, el 50% de ellos tiene un tratamiento medicamentoso mixto, esto es medicamento oral mas administración de insulina parenteral y mal control metabólico dado por la Hemoglobina Glicosilada > de 7 %. (De los Rios.2004)

A continuación se revisan gráficamente los datos de la variable perfil clínico.

Tabla 6: Distribución por años de diagnóstico

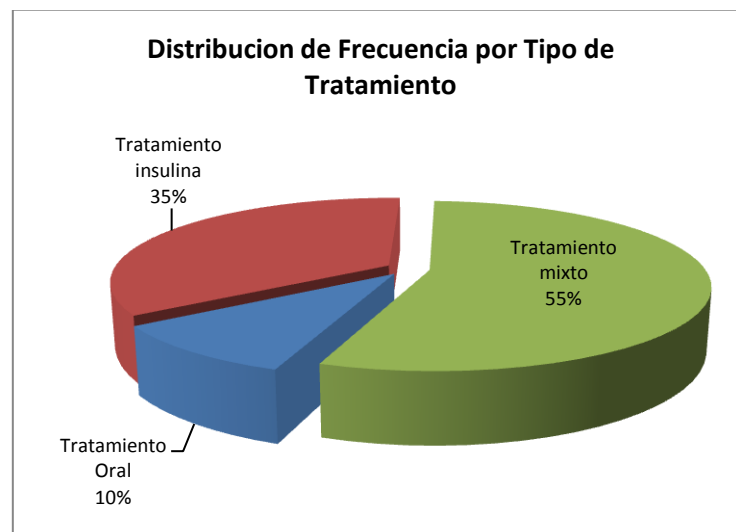
Años Diagnostico	Nº	%
1-2 años	3	3,8%
3-4 años	5	6,3%
5-6 años	8	10,0%
7-8 años	3	3,8%
9-10 años	9	11,3%
10 años y mas	52	65,0%
Total	80	100,0%



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla7: Distribución por tipo de tratamiento medicamentoso

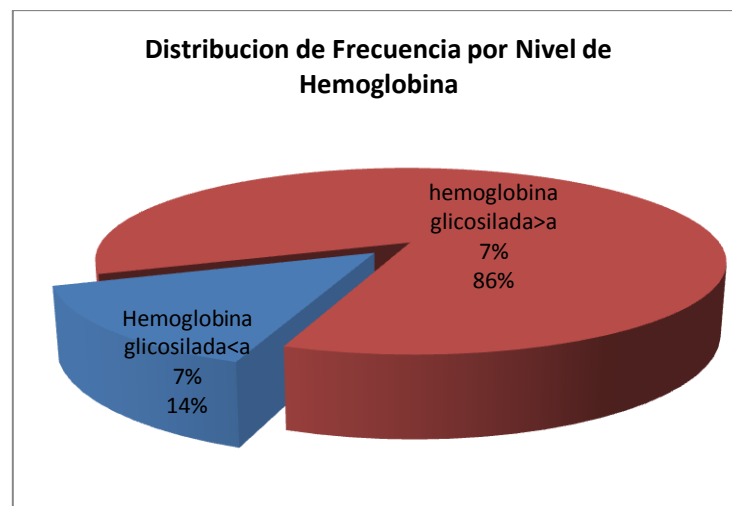
Tipo de Tratamiento	Nº	%
Tratamiento Oral	8	10,0%
Tratamiento insulina	28	35,0%
Tratamiento mixto	44	55,0%
Total	80	100,0%



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla 8: Distribución por nivel de control metabólico

Hemoglobina	Nº	%
Hemoglobina glicosilada <a7%	11	13,8%
hemoglobina glicosilada >a7%	67	83,8%
Total	78	100,0%



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Este grupo de personas presentan un perfil de difícil manejo terapéutico, por los años de diagnóstico y eventual presencia de complicaciones fisiopatológicas características de la diabetes que hacen difícil conseguir normoglicemia.

Factores de tipo clínico y biológicos, tales como el número de años de sufrir la enfermedad y la edad se han correlacionado negativamente con la adherencia al tratamiento que presentan las personas. (Gallegos.2004; Alayón.2008; Alarcón.2007); Ministerio de Salud.2009)

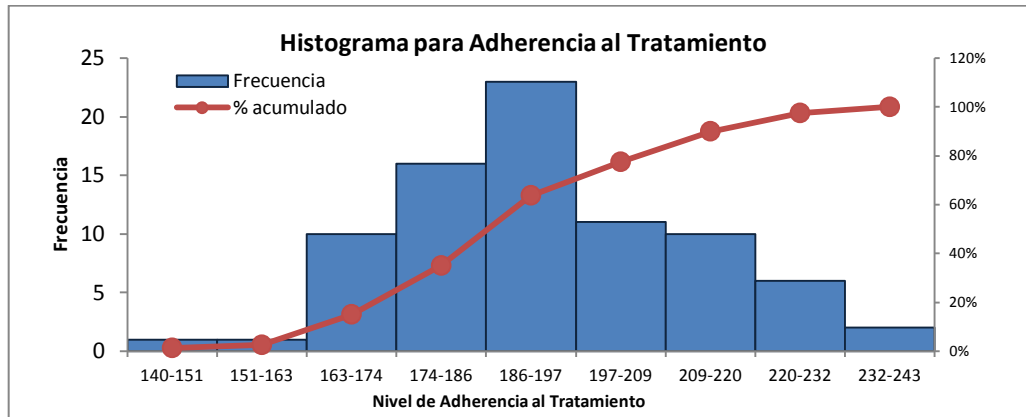
Es un hecho, que la asistencia de las personas a control al consultorio de especialidades preconiza un manejo terapéutico diferente al usado en personas con diabetes en atención primaria. Este dato es significativo si lo identificamos como un sesgo en la selección de la muestra.

4.1.3. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE DE ESTUDIO ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

El cuestionario aplicado permitió evaluar la adherencia para cada acción específica, dieta, ejercicio, control médico, apoyo familiar, medicamentos y cuidado de los pies, de tal manera que un puntaje de 243 correspondió a adherencia perfecta (puntaje max. real 238) y un puntaje de 140 correspondió al mínimo esperado que correspondió al puntaje real obtenido. Los resultados obtenidos muestran un nivel de adherencia general dado en el intervalo 186-197, equivalente al 76.8%.

Tabla 9. Distribución de frecuencia de la variable adherencia terapéutica

Intervalo	Clase	Frecuencia	% acumulado
140-151	146	1	1,25%
151-163	157,5	1	2,50%
163-174	169	10	15,00%
174-186	180,5	16	35,00%
186-197	192	23	63,75%
197-209	203,5	11	77,50%
209-220	215	10	90,00%
220-232	226,5	6	97,50%
232-243	238	2	100,00%



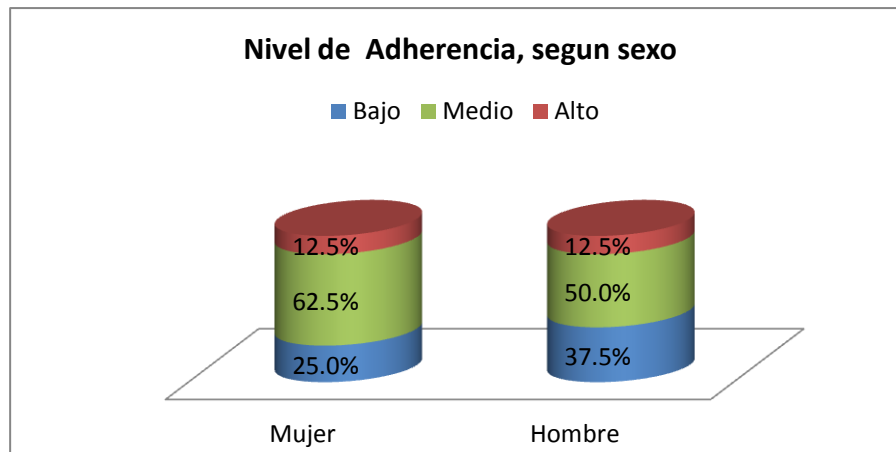
Nivel	Frecuencia	% acumulado
Bajo	23	28,75%
Medio	47	87,50%
Alto	10	100,00%

Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Las dimensiones de la variable Adherencia terapéutica que mejor puntaje obtuvo fue Control médico (90,4%), medicamentos (93,8) y dieta (87,7). La dimensión más baja evaluada fue el ejercicio (48,5%). Este resultado es coincidente con el resultado de un estudio en Colombia 2008, aplicando la escala EATDM III. (Alayón. 2008)

Al relacionar la variable adherencia terapéutica con algunas de las dimensiones de la variable características sociodemográficas, se puede observar el siguiente panorama:

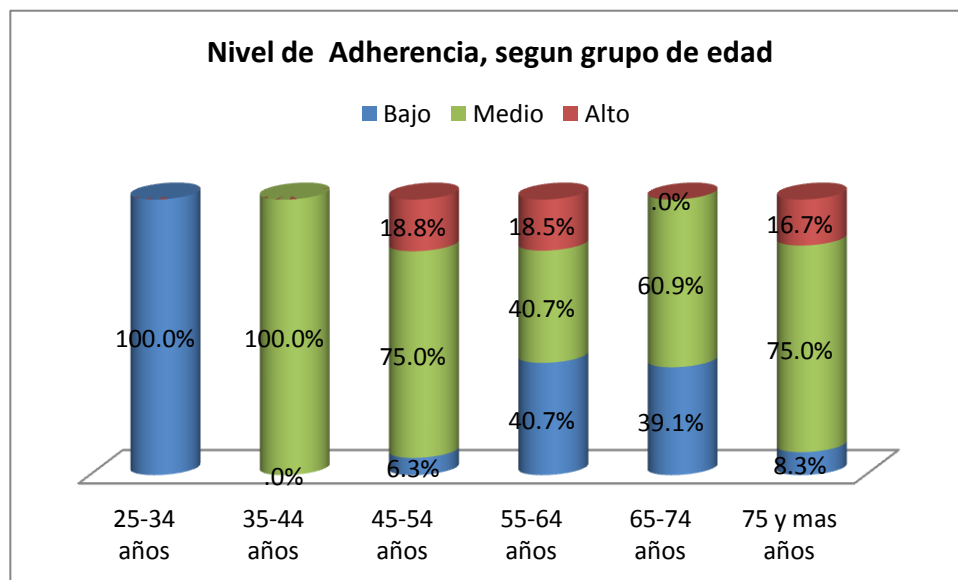
Gráfico 1 Variable adherencia terapéutica relacionada con sexo



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

La dimensión sexo presenta un nivel de adherencia levemente más alto (12%) en las mujeres que los hombres, esto es coincidente con lo mostrado en otros trabajos. (Rodríguez Chamorro & García Jimenez, 2012)

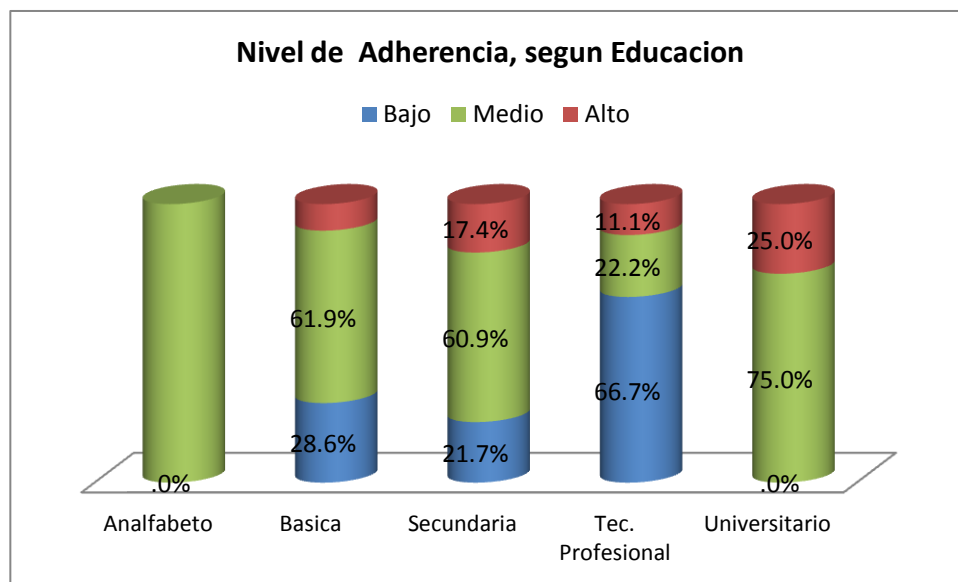
Gráfico 2 Variable adherencia terapéutica relacionada con edad



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

De acuerdo al grupo de edad el nivel de adherencia es bueno en todas las edades (sobre el 50%) sin embargo en el grupo de 35-44 y el grupo de más edad sobre los 75 años el nivel de adherencia es mayor de 90%; lo anterior pudiera explicarse porque a mayor edad las personas presentan más enfermedades o complicaciones que ensombrecen su pronóstico, por lo que parecen estar dispuestos a modificar sus estilos de vida y seguir las indicaciones médicas, con el fin de mejorar su evolución, preservar la función y prolongar la vida. (López.2003; Rodríguez. 2012; Cid. 2006)

Gráfico 3 Variable adherencia terapéutica relacionada con escolaridad



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

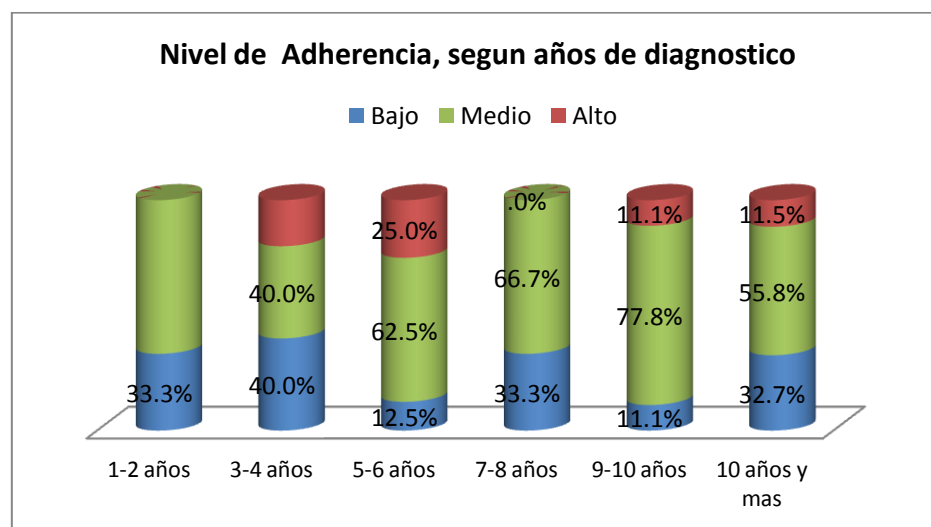
El nivel de escolaridad bajo de los pacientes con DM2 se ha correlacionado significativamente con la falta de adherencia al tratamiento médico, así lo demuestran varios estudios en donde se determinó que uno de los factores de riesgo para la no

adherencia fue la escolaridad de primaria completa o menor y la falta de información sobre su enfermedad. (Durán.2001; De los Ríos.2004)

Otras tablas que respaldan la relación de la variable Adherencia terapéutica con todas sus dimensiones se presentan en la sección Anexos.

Al relacionar la variable adherencia terapéutica con las distintas dimensiones de la variable perfil clínico, el comportamiento de las dimensiones se presentaron de la siguiente manera:

Gráfico 4 Variable adherencia terapéutica relacionada años de diagnóstico



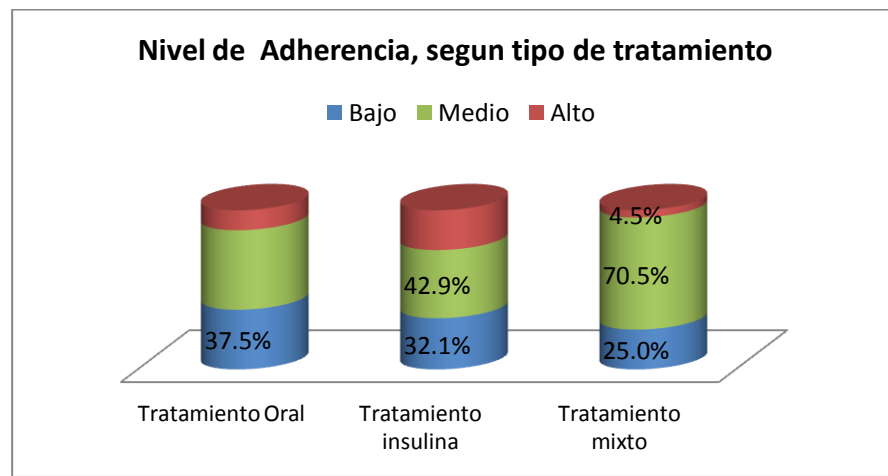
Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Los años de diagnóstico frente a la adherencia no presentan tendencia clara, sin embargo, se puede decir que las categorías sobre 5 años de diagnóstico mostraron un nivel de adherencia mayor a 80%.

Diversas investigaciones han demostrado que dentro del ajuste al tratamiento, las personas pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas,

físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales, lo que modifica la adherencia al tratamiento. Como también el percibirse más lábiles y más enfermos las personas tienden a seguir con mayor dedicación el tratamiento prescrito. (De los Rios.2004; Rodríguez,2012).

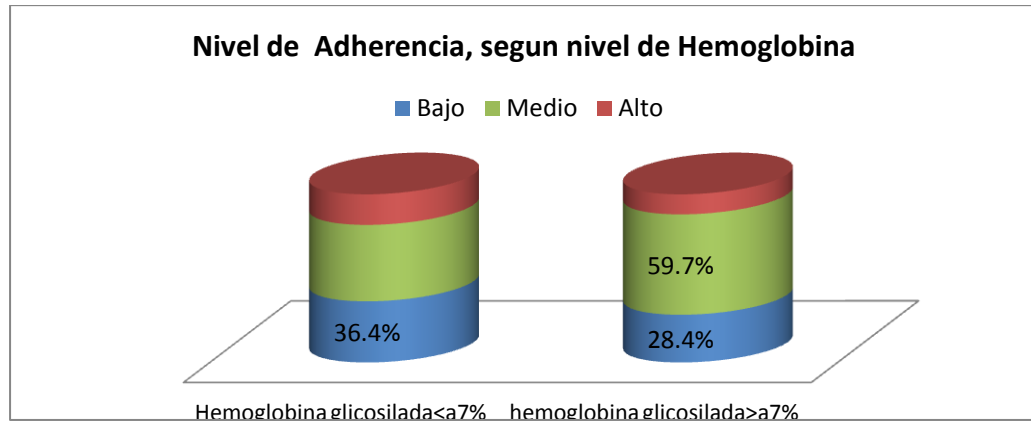
Gráfico 5 Variable adherencia terapéutica relacionada con tipo de tratamiento



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Los participante del estudio con tratamiento mixto (oral/insulina) mostraron niveles de adherencia levemente más alto que el resto. Las personas que usan tratamientos mixtos, tienen una evolución de la diabetes más compleja.

Gráfico 6 Variable adherencia terapéutica relacionada con control metabólico



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

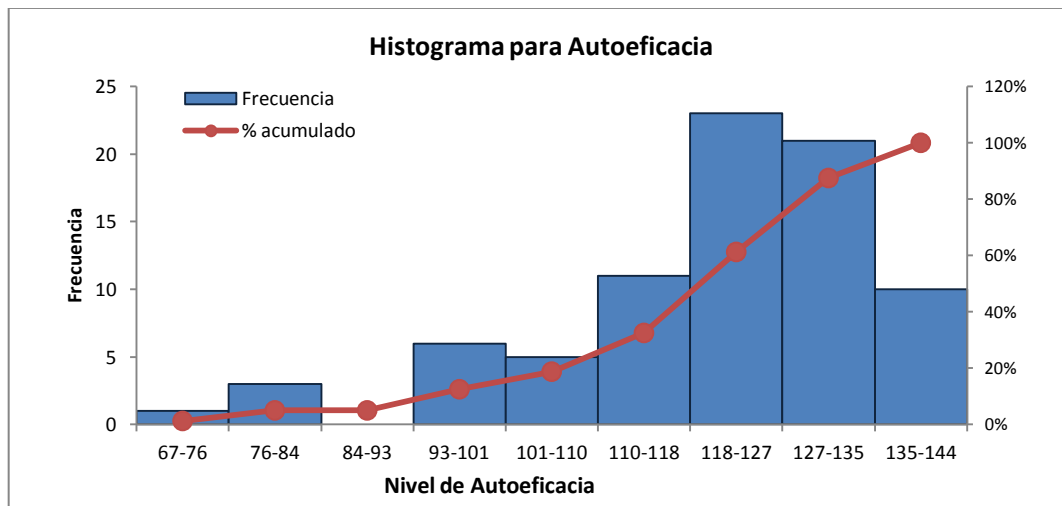
La dimensión control metabólico evidenciado en el último resultado de hemoglobina glicosilada, no muestra una tendencia lógica esperada, a mayor adherencia, mejor control metabólico. Esta situación es comprensible si se toma en consideración la fuerte influencia de variables tales como edad, tiempo de diagnóstico, tratamiento mixto y comorbilidades asociadas, se hace difícil el control metabólico, así como lo múltiple y complejo de la relación adherencia/control. (López 2003; Rodríguez.2012)

4.1.4 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE DE ESTUDIO AUTOEFICACIA

El cuestionario aplicado permitió evaluar la Autoeficacia percibida, el puntaje máximo esperado 140 (puntaje real obtenido 140) correspondió a un nivel de autoeficacia alta y un puntaje mínimo esperado de 27 (puntaje min. real obtenido 72 puntos), correspondió a un nivel de autoeficacia baja. Los resultados obtenidos muestran un nivel de adherencia general equivalente al 83%. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 10. Distribución de frecuencia de la variable autoeficacia.

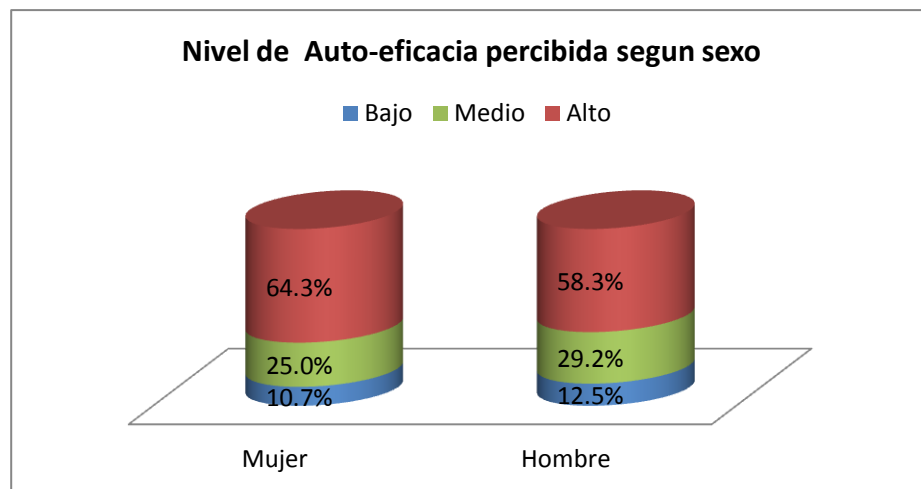
Intervalo	Clase	Frecuencia	% acumulado
67-76	72	1	1,25%
76-84	80,5	3	5,00%
84-93	89	0	5,00%
93-101	97,5	6	12,50%
101-110	106	5	18,75%
110-118	114,5	11	32,50%
118-127	123	23	61,25%
127-135	131,5	21	87,50%
135-144	140	10	100,00%



Nivel	Frecuencia	% acumulado
Bajo	9	11,25%
Medio	21	37,50%
Alto	50	100,00%

Al relacionar la variable autoeficacia con algunas de las variables sociodemográficas, se puede observar lo siguiente:

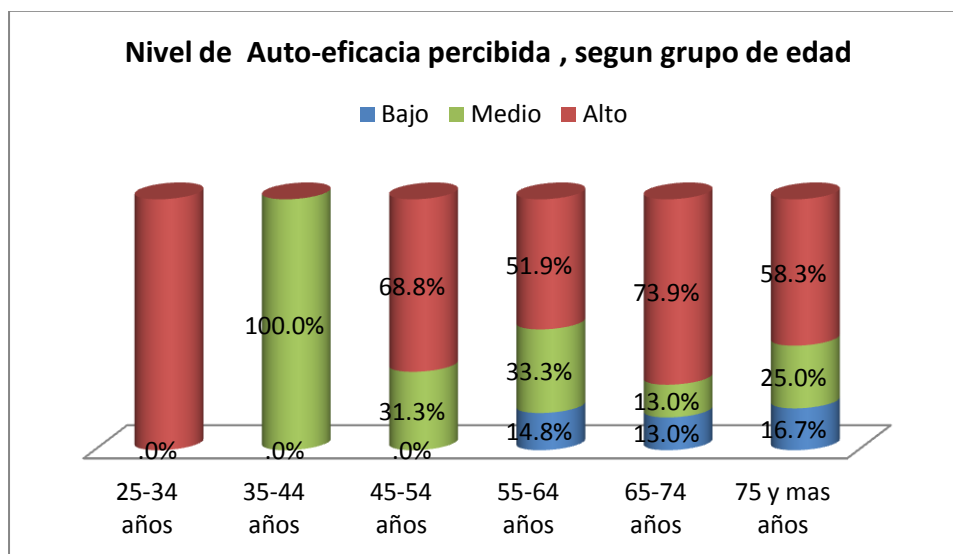
Gráfico 7 Variable autoeficacia relacionada con sexo



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

De acuerdo a la dimensión sexo las mujeres presentan un nivel de autoeficacia mayor 64,3% (hombres 58%). Esta relación no está documentada en los trabajos de investigación revisados. (De los Rios.2004)

Gráfico 8 Variable autoeficacia relacionada con la edad



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Con respecto al grupo etáreo se aprecia que la autoeficacia va disminuyendo a medida que avanza la edad, es así como en las categorías menores de 50 años presentan niveles medio y alto de autoeficacia y en las categoría mayor de 50 años, el porcentaje de baja autoeficacia va aumentando hasta llegar a un 18% en el grupo de 75 años y más.

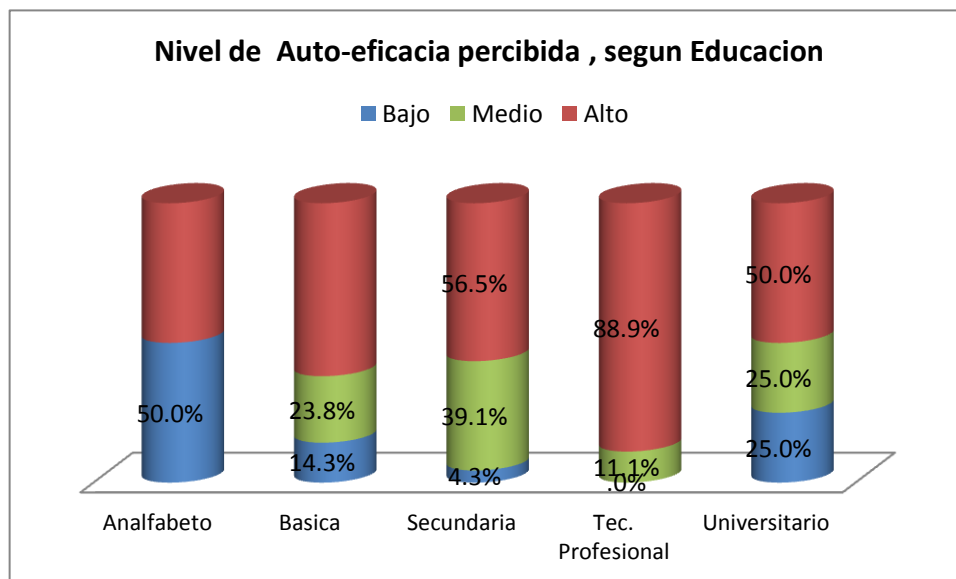
En la literatura revisada, se explica que para los adultos mayores la autoeficacia conlleva un significado mucho más allá de la superación de las tareas de orden físico, su importancia se asocia al sentimiento de ser capaces de participar en la solución de conflictos que surgen en la vida cotidiana, aportando soluciones, lo cual les permite crear estrategias necesarias para hacer frente a las dificultades.

Los ancianos que no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos hacia sus capacidades. Una situación opuesta se evidencia en los adultos mayores con mejor percepción de autoeficacia, lo que les facilita la cognición de habilidades propias, actuando con pensamientos motivadores para la acción. (Ortiz & Castro, 2009)

La evidencia indica que la autoestima va disminuyendo con la edad madura y la vejez. Ortiz , en su artículo de revisión, refiere que “ para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás”(Ortiz.2009,p 27)

Al respecto, el mismo autor refiere que la dificultad radica en el contexto en el cual se realizan las evaluaciones ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al realce de los valores asociados a la belleza física y juventud que a la sabiduría y experiencia, valores propios de la ancianidad.

Gráfico 9 Variable autoeficacia relacionada con escolaridad



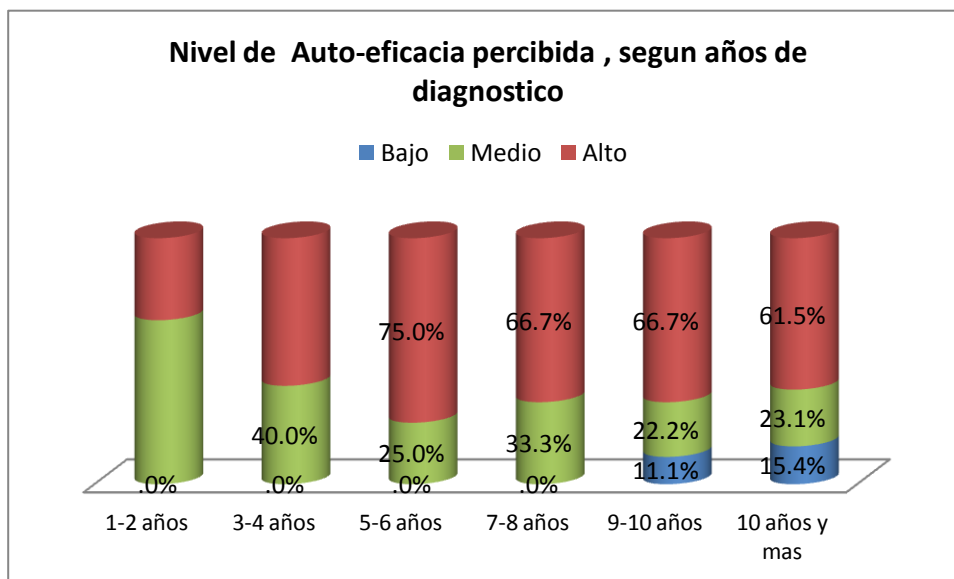
Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

En relación al nivel educacional, es importante mencionar que el grupo que presenta un nivel de autoeficacia mas bajo (nivel bajo en 50%), es la categoría analfabeto. Esta relación no está documentada como tal en la literatura revisada, sin embargo, podría plantearse que las

personas con baja escolaridad tendrían menos recursos de tipo cognitivo que les ayude a cambiar conductas o a mantener conductas promotoras de salud y a percibirse mas autoeficaces. Una evidencia de ello es la mayor prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, sedentarismo y obesidad en este grupo de personas. (Ministerio de Salud.2009)

Al relacionar la variable autoeficacia con las dimensiones de la variable perfil clínico, se puede observar lo siguiente:

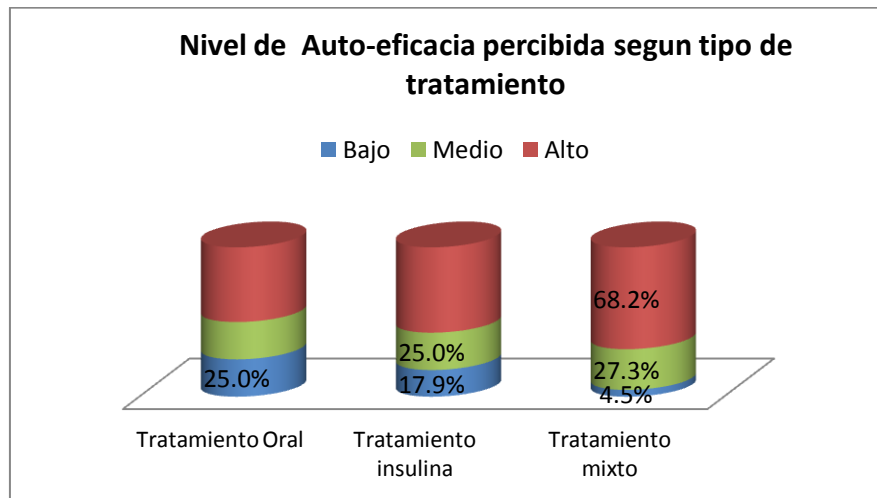
Gráfico 10 Variable autoeficacia relacionada con años de diagnóstico



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Con respecto a la variable de estudio perfil clínico, la subdimensión años de diagnóstico, la categoría que mejor nivel de autoeficacia presenta es 5-6 años, esta tiende a disminuir en las categorías siguientes. Esto se relaciona con el mismo fenómeno de la edad y la percepción de mayor morbilidad y compromiso del estado general.

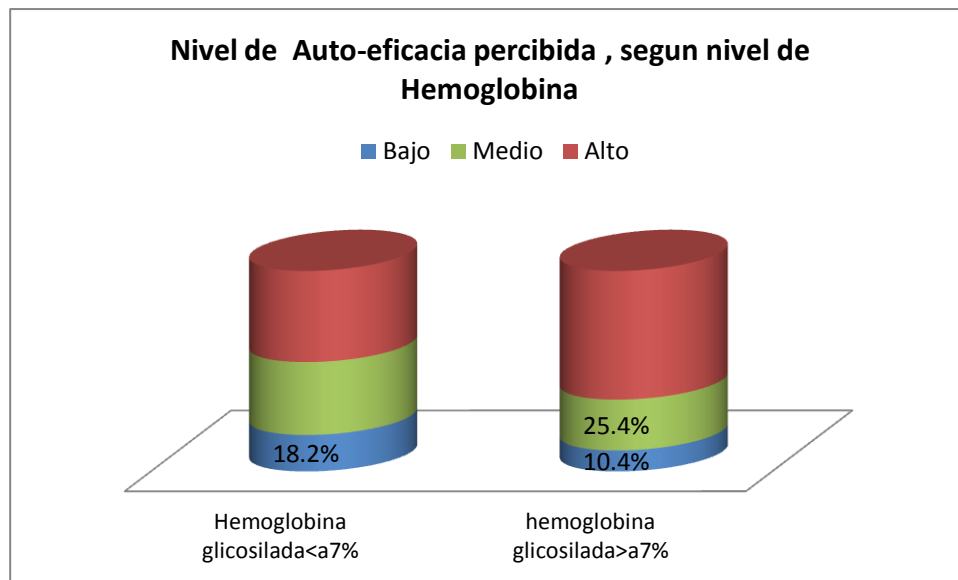
Gráfico 11 Variable autoeficacia relacionada con tipo de tratamiento



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

La dimensión tipo de tratamiento mixto relacionada con la percepción de autoeficacia no es concluyente, sin embargo, hay una tendencia que podría explicarse como que las personas con tratamiento mixto, de más difícil manejo terapéutico presentan mejor autoeficacia. De igual manera se comportó este tipo de tratamiento con la variable adherencia terapéutica.

Gráfico 12 Variable autoeficacia relacionada con control metabólico



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

La variable autoeficacia no se relaciona positivamente con el control metabólico, ni sigue una pauta lógica fundamentada en la bibliografía, a mayor nivel de autoeficacia percibida, mejor control metabólico. Esto podría explicarse por la edad avanzada de los participantes, años de diagnóstico y tipo de tratamiento, lo que prevee personas con difícil manejo terapéutico. (De los Rios,2004; López, 2003; Rodríguez,2012)

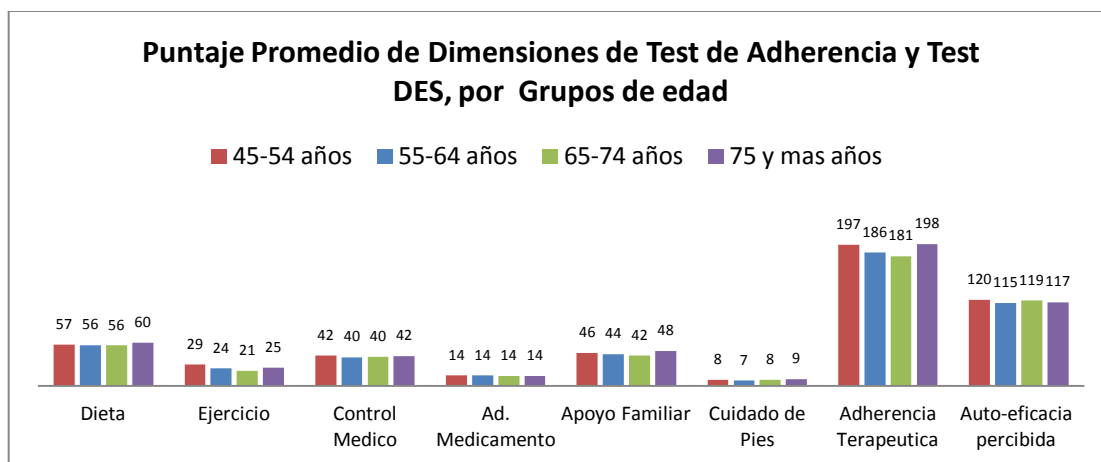
4.2 ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y AUTOEFICACIA.

Al analizar las relaciones de las variables de estudio autoeficacia y adherencia terapéutica se pudo observar que estas no presentaron una correlación significativa entre ellas, por lo que hubo que realizar un análisis de cada factor de las distintas variables en estudio.

Esto queda demostrado en las tablas dispuestas en la sección anexos en donde se analiza cada dimensión de la variable sociodemográfica, con cada dimensión de la variable perfil clínico y cada una de estas con autoeficacia y adherencia terapéutica. Para explicar lo anterior, se presenta el gráfico en donde se relaciona la edad con todas las dimensiones de la variable adherencia y autoeficacia.

Otras tablas y gráficos se pueden revisar en la sección Anexos.

Gráfico 13: Relación de la variable edad y todas las dimensiones de las variables de estudio



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

En este gráfico de ejemplo, se puede observar que los datos se presentan con poca variabilidad, muchos de ellos se clasifican en una misma categoría. Esto determina la necesidad de realizar un análisis de consistencia interna de las distintas variables de estudio.

4.2.1 ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA VARIABLE ADHERENCIA TERAPÉUTICA CON TODAS SUS DIMENSIONES

Se calculó el Alfa de Cronbach para cada Dimensión:

Tabla 11. Análisis de consistencia de las dimensiones de la variable adherencia terapéutica

DIMENSIONES	ALPHA CRONBACH'S	ALPHA CRONBACH'S ESTANDARDIZADO	Nº DE ITEMS
CUMPLIMIENTO DE DIETA	0,61	0,68	13
REALIZACIÓN DE EJERCICIO	0,87	0,86	10
CONTROL MEDICO	0,35	0,47	8
AD. MEDICAMENTOS	-0,29	-0,31	3
APOYO FAMILIAR	0,60	0,60	12
CUIDADO DE LOS PIES	0,16	0,24	2
TOTAL DEL TEST	0,76	0,76	48*

Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

El análisis de consistencia de la variable adherencia terapéutica es 0,76, lo que estadísticamente representa que el instrumento en su totalidad tiene buena consistencia interna o en otras palabras el instrumento es fiable.

Se destaca la dimensión medicamento por tener un alfa negativo, debido a una covarianza negativa promedio entre los elementos. Esto viola la hipótesis de fiabilidad del modelo. Es

decir no es posible considerar estas respuestas para un análisis de este tipo ya que solo se presenta 2 respuestas (5 y 2). Esta dimensión se retiró del análisis

El ítem cuyo coeficiente ítem-total arrojó valor menor a 0,35, también fue desechado (dimensión cuidado de los pies), ya que las correlaciones sólo a partir de 0,35 son estadísticamente significativas.

Por lo anteriormente expuesto, se calculó Alpha con los nuevos datos con el fin de mejorar la consistencia interna de los ítems de esta variable, quedando como sigue:

Tabla 12. Análisis de consistencia de las dimensiones de la variable adherencia terapéutica con los nuevos datos.

DIMENSIONES	1° ALPHA CRONBACH'S	2° ALPHA CRONBACH'S	N° DE ITEMS NUEVOS
CUMPLIMIENTO DE DIETA	0,61	0,74	12
REALIZACIÓN DE EJERCICIO	0,87	0,87	10
CONTROL MEDICO	0,35	0,53	7
AD. MEDICAMENTOS	-0,29	-	0
APOYO FAMILIAR	0,60	0,63	10
CUIDADO DE LOS PIES	0,16	-	0
TOTAL DEL TEST	0,76	0,76	39

En conclusión la variable Adherencia terapéutica quedó calculada con 4 dimensiones, con Alfa de Cronbach 0,76, no cambió desde el primer análisis, pero la consistencia entre los ítems es mejor, como se muestra en la **tabla 12**.

Las dimensiones de la variable con mejor consistencia interna está dada por la realización de ejercicios, cumplimiento de dieta y el apoyo familiar. Esto es significativo dada la extensa

literatura que evidencia la importancia que tiene el apoyo grupal –familiar en la adherencia terapéutica, como también el control de la dieta y la realización de ejercicio físico. (esto se argumenta en las conclusiones).

4.2.2 ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA VARIABLE AUTOEFICACIA.

Para este test, se calculo el alfa de Cronbach de la variable como un todo:

Tabla 13. Análisis de consistencia interna de la variable autoeficacia.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
Autoeficacia percibida ,844	,871	28

Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

La variable Autoeficacia arrojó un análisis de Alpha de Cronbach de 0.87, lo que es muy bueno, por lo que podríamos decir que este test es bastante fiable.

4.3 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y AUTOEFICACIA PERCIBIDA.

Con el objeto de establecer la prueba de la hipótesis de estudio se procedió a realizar el análisis de correlación de las variables de estudio través de:

Nivel de significancia.

Prueba de hipótesis.

El análisis de correlación nos ayudó a verificar si existe relación o asociación entre las dos variables del estudio, dependiendo de la naturaleza de los datos de tipo no paramétricos, se utilizó el coeficiente de Correlación de Spearman. Para el presente caso y tomando en cuenta la adecuación de la variable Adherencia terapéutica mostrada en la tabla 12, las variables fueron: Cumplimiento de Dieta, Realización de Ejercicio, Control Médico, Apoyo Familiar, Adherencia al Tratamiento y Autoeficacia.

4.3.1 ANÁLISIS DE DISTRIBUCIÓN DE ORIGEN DE LAS VARIABLES:

Tabla 14. Análisis de significancia

	Dieta	Ejercicio	Control Médico	Familia	Adherencia Terapéutica	Autoeficacia
N	80	80	80	80	80	80
Kolmogorov-Smirnov Z	1,795	1,742	3,059	,874	,754	1,392
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,005	,000	,430	,620	,042

Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

A continuación se presenta la tabla de correlaciones, con las pruebas de significancia:

Tabla 15. Análisis de correlación de las variables Coeficiente de Spearman

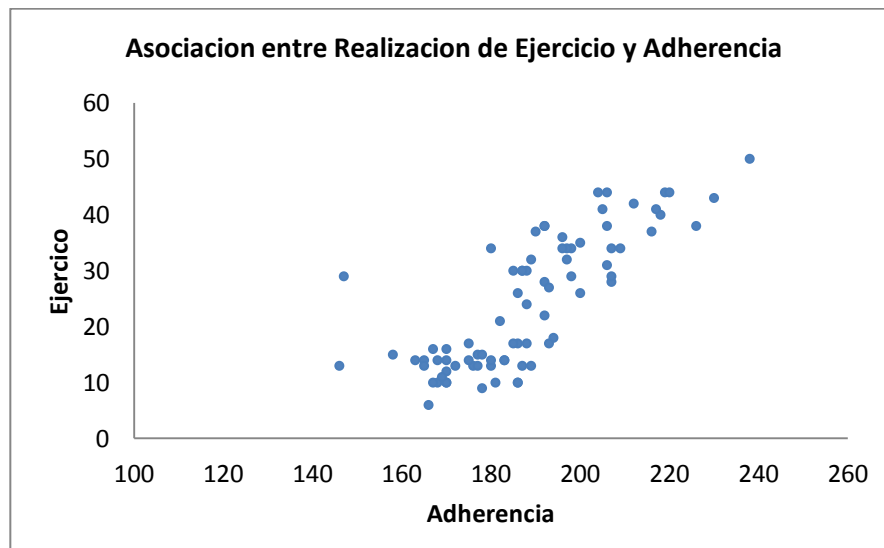
	Dieta	Ejercicio	Control Medico	Familia	Adherencia Terapéutica	Autoeficacia
Dieta	1,000	-,030 0,790	,205 0,67	-,118 0,296	,230* 0,040	-,080 0,482
Ejercicio		1,000	-,030 ,793	,275* ,013	,819** ,000	,207 ,065
Control Medico			1,000	-,106 ,350	,156 ,168	-,043 ,707
Familia				1,000	,570** ,000	,077 ,498
Adherencia Terapéutica					1,000	,114 ,312
Autoeficacia						1,000

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla anterior se tomó cada dimensión de la Adherencia como una variable, además de la Adherencia propiamente tal y la Autoeficacia y se calcularon las correlaciones de Spearman.

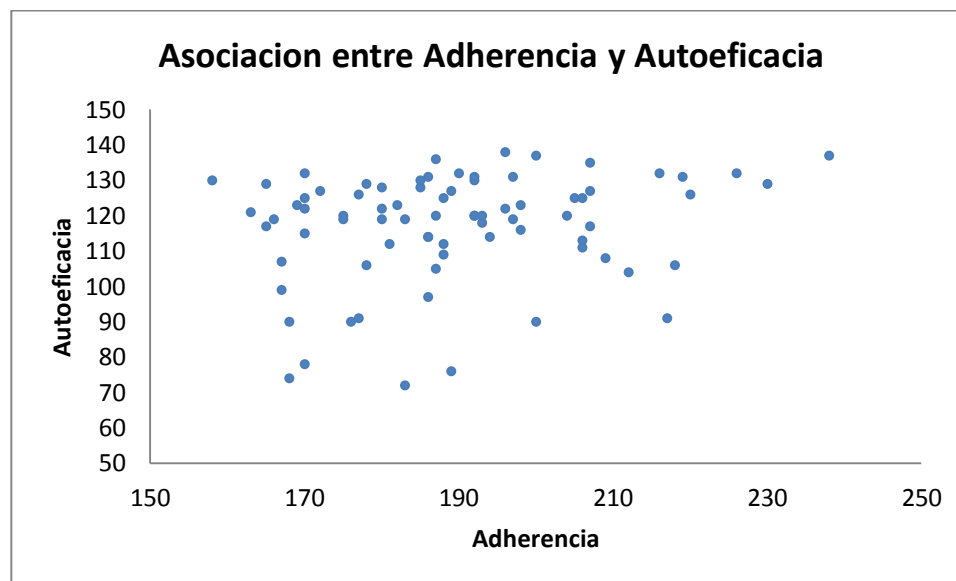
Gráfico 14. Correlación entre la dimensión ejercicio y la adherencia terapéutica



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

La dimensión que presentó una correlación positiva es el ejercicio y adherencia terapéutica, esto quiere decir: a “*mayor realización de ejercicio, mayor es la adherencia terapéutica*”

Gráfico 15. Correlación entre la variable adherencia terapéutica y autoeficacia



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

El gráfico 15, muestra dispersión de los datos, evidenciando que no es significativa la correlación de la variable de estudio adherencia terapéutica y autoeficacia.

5. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En una muestra de 80 personas diabéticas asistentes a control en el consultorio de especialidades en la ciudad de Los Andes, se identificaron las características sociodemográficas, estas coincidieron con las características generales de la población diabética mayor prevalencia en mujeres, grupo de edad sobre 60 años, baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico.(Díaz.2006;Villalobos.2006)

El perfil clínico obtenido correspondió a personas con más de 10 años de diagnóstico (65%), con tratamiento medicamentoso de tipo mixto (hipoglicemiante oral + insulina) y con mal control metabólico el 83% de la muestra. (hemoglobina glicosilada >a 7%). Este perfil presupone personas con complicaciones propias de la diabetes, lo que hace difícil el manejo terapéutico y la normoglicemia. (Alayón.2008; Gallegos.2004; Ministerio de Salud.2009)

Se identificó el grado de adherencia terapéutica general de 76.8%. De acuerdo a la relación con otras variables, se puede decir que es mejor la adherencia en personas de sexo femenino, en el grupo de edad media (45-54 años),en el grupo de más edad (75 años y mas) y en personas con mejor nivel de escolaridad. Este resultado coincide con la literatura consultada.(López.2003;Durán.2001;De los Rios.2004;Rodríguez.2012)

De acuerdo a los resultados, la adherencia es mejor en las personas con más de 5 años de diagnóstico y tratamiento mixto.

La relación de la dimensión nivel de hemoglobina y la variable adherencia no muestran una tendencia lógica esperada, esto es, a mayor grado de adherencia, mejor control metabólico. La explicación puede estar dada por las características sociodemográficas y perfil clínico de los participantes. (Gallegos.2004)

El difícil manejo terapéutico de los participantes de la investigación constituye un sesgo de la muestra seleccionada.

El grado de autoeficacia obtenido por el grupo de participantes fue de 83%, con una tendencia positiva en las mujeres y tendencia negativa de acuerdo a la edad. Al igual que la variable adherencia terapéutica el incremento de la edad, de los años de diagnóstico, el desarrollo de complicaciones, la aparición de otras patologías y el difícil manejo terapéutico, hacen que los adultos mayores se perciban más enfermos, esto afecta la percepción de autoeficacia personal. (Olivarí.2007; Gallegos.2004))

De acuerdo al coeficiente de Spearman, la variable de estudio Autoeficacia no explicaría la adherencia terapéutica. Ambas no se correlacionan significativamente.

En consecuencia, la hipótesis de estudio no se sustentó de acuerdo al análisis de los datos.

Es relevante mencionar la positiva correlación obtenida en la dimensión Ejercicio físico y dieta con la variable adherencia terapéutica, habida cuenta la importancia que tiene el exceso de peso y el sedentarismo en el control metabólico y en la aparición de complicaciones propias de la diabetes y las relacionadas con el riesgo cardiovascular. (Ministerio de Salud.2009). Al respecto, Martínez, en su estudio asigna una clara importancia a los programas de Actividad Física para lograr una pérdida de peso en personas diabéticas con sobrepeso y obesidad. (Martínez-Ortiz.2007)

También la dimensión apoyo familiar tuvo una correlación positiva frente a la variable adherencia terapéutica. Las relaciones interpersonales significativas como la familia, juegan un rol importante en el tratamiento y control de las personas con diabetes, lo anterior se evidencia en estudios donde se afirma que la influencia interpersonal es determinante en el control de la adherencia al tratamiento y el control de las enfermedades crónicas. (Gallegos.2004) En este sentido la actividad física puede ser promovida o influenciada por amigos y familiares. (Miyar.2003; Trejo.2010; Cid.2005)

Aplicando las determinantes que intervienen en el Modelo de Promoción de la Salud y los resultados obtenidos, se puede identificar como cogniciones y afectos relativos a conductas específicas promotoras de salud a la práctica del ejercicio físico, el consumo de una dieta adecuada y el apoyo familiar. Estas tres conductas son claves para la acción y se relacionan como beneficios percibidos.

Estas conductas se definen como protectoras, porque disminuyen la probabilidad de que el adulto con diabetes desarrolle complicaciones propias de su padecimiento crónico. De acuerdo a la evidencia señalada en párrafos anteriores, este efecto de percibirse saludable, son altamente motivadores para mantener las conductas deseadas, mejora la autoeficacia en sí mismo y en sus potencialidades.(Gallegos.2004)

La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. (Aristizabal, Blanco, & Sánchez, 2011)

La edad y los años de padecer diabetes se perciben como barreras para la acción, dimensiones inmodificables que disminuyen la capacidad de adherirse al tratamiento prescrito, hacen difícil el manejo terapéutico, las personas se sienten poco saludables y por ende disminuye la percepción de autoeficacia en ellos mismos.

5.2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

En esta investigación no se pudo comprobar la hipótesis planteada, ya que el análisis de correlación entre las variables adherencia terapéutica y autoeficacia percibida en la muestra seleccionada dieron como resultado una relación muy débil entre ellas.

Para los integrantes de esta muestra los beneficios percibidos, el apoyo familiar mejoraron la observancia de la dieta y el ejercicio como parte del tratamiento prescrito. Estos hallazgos son congruentes con los reportes de diversos autores, revisados detalladamente en las secciones anteriores, quienes encontraron relaciones, congruentes de tipo afectivo con la adherencia a la dieta y al ejercicio físico.

Las personas sujetas de estudio, mostraron un buen grado de Adherencia terapéutica y Autoeficacia percibida, sin embargo, no se objetivó en un mejor control metabólico. Esto puede explicarse por la edad avanzada, los años de diagnóstico y tipo de tratamiento que presentó el grupo de personas participantes, por cuanto este perfil da cuenta de una persona con daño o consecuencias orgánicas que hacen difícil el manejo terapéutico. Se evidencia así la multicausalidad de los factores en la conducta de adherencia terapéutica.

El tratamiento de la diabetes es complejo y envuelve cambios en los estilos de vida, principalmente en lo que se refiere a los cambios en la alimentación y la realización de ejercicio físico. Estas conductas son más efectivas en la medida que son promovidas y apoyadas por la familia y el entorno.

De acuerdo con las relaciones establecidas en el Modelo de Promoción de la Salud, ciertas conductas como la práctica sistemática del ejercicio dependen directamente de los beneficios que la persona les reconozca y el apoyo familiar para mantener dicha conducta.

De acuerdo al MPS, los años de diagnóstico y la edad son elementos que actúan como barreras percibidas.

La diabetes por tratarse de un trastorno de larga duración, provoca crisis que suelen cambiar la autoestima y otros aspectos del funcionamiento psicológico de las personas, así como generar problemas económicos y cambios en la dinámica familiar. Debido a lo anterior, las personas con padecimientos crónicos presentan necesidades físicas, sociales y emocionales especiales que con frecuencia requieren, además de la atención médica, del apoyo psicológico experto.

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, entrega una herramienta efectiva que le permite al profesional enfermero comprender mejor los comportamientos humanos relacionados con la salud y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

Al ser este modelo promotor de salud, enfermería lo puede aplicar en población sana para disminuir el riesgo de contraer enfermedades y también en personas con enfermedades cardiovasculares entre otras en personas con diabetes, disminuyendo el riesgo de complicaciones, hospitalizaciones frecuentes, mejorando así la percepción de bienestar. El modelo MPS se enfoca en el mantenimiento de la salud.

5.3. RECOMENDACIONES

Sería recomendable incorporar el modelo MPS propuesto por Pender a la práctica del cuidado de enfermería, con el objeto de valorar, diagnosticar e intervenir adecuadamente a la persona con diabetes y su familia, promover actitudes y motivaciones particularmente a partir del concepto de autoeficacia percibida como clave para la acción.

Con el objeto de mejorar la efectividad de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, se propone incorporar estrategias que promuevan el ejercicio físico y dieta saludable incorporando a la familia y/o personas significativas.

En el concepto de actividades interdependientes y de colaboración con otros profesionales de la salud, se sugiere incorporar a Psicólogos y Sociólogos a los programas de educación para la salud, con el fin de desarrollar en las personas las potencialidades cognitivas, comportamentales y motivacionales que entreguen herramientas más eficaces en el autocuidado y afrontamiento de acontecimientos estresantes propios de la adultez.

Sería relevante desarrollar y aplicar instrumentos derivados del Modelo de Promoción de la Salud para valorar conductas en la población sobre estilos de vida promotores de la salud, con el objeto de intervenir tempranamente en población adulta y prevenir la aparición de la diabetes o las complicaciones derivadas de ella.

Otros estudios similares deberán considerar el factor de años de diagnóstico y edad de los participantes como una forma de disminuir el sesgo de daño biológico en el control metabólico y las relaciones con variables de la esfera cognitivo/conductual.

Se sugiere el desarrollo de investigaciones en conjunto con otros profesionales afines, Sociólogos y Psicólogos, con el objeto de enriquecer la discusión sobre el fenómeno de la conducta y los afectos y su relación con el bienestar y la adopción de hábitos saludables.

REFERENCIAS

Alayón, A. y.-V. (2008). Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos. *Revista de salud Pública de Colombia* , vol 10 N°5. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S012400642008000500010&script=sci_arttext&tlng=pt

Alarcón,N;Alonso,M;Cadena,F;y cols.(2007).Estilos de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una institución de seguridad social de Nuevo Laredo,Tamaulipas.Rev. de Enfermería.ENEO_UNAM.vol.4N°2 http://scholar.google.es/scholar?as_q=estilos+de+vida+y+control+glucemico&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_occt=any&as_sauthors=alarcon&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Aristizabal, G., Blanco, D., & Sánchez, A. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender.Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* , 16-21

Balcázar Nava, P., Gurrola Peña, G. M., Urcid Velarde, S., Garatachia, C., & Guadalupe, H. (2011). Comparación de autoeficacia percibida en pacientes adultos con diabetes tipo 2. http://scholar.google.es/scholar?as_q=comparacion+de+autoeficacia+percibida+en+paciente+adulto+con+diabetes&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_occt=any&as_sauthors=balcazar+nava&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Bandura, A. (1999). Auto-eficacia. Como afrontamos los cambios en la sociedad actual.El rol de la autoeficacia en el fomento de la salud. Bibliotecas Descleé de Brouwer.

Basterra G, Miguel(1999)El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical care España* pp 1:97-106

Behn, V. (2001). Promoción de la salud y el modelo de Pender. *Ciencia y Enfermería,Rev.Iberoamericana de Investigación en Enfermería* , 13-17.

Cabrera, A., Tascón, J., & Lucumi, D. (2001). Creencias en salud, historia, constructos y aportes al modelo. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de Colombia* , 91-101.

Carrasco P, Elena et al.(2004) Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. *Rev. méd. Chile* [online].vol.132, n.10 [citado 2012-09-11],pp.1189-1197.Disponible en:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000005&lng=es&nrm=iso>.

Cid,P ;Merino,J; Stieповich,B.(2006).Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev, Med, de Chile*.134:1491-1499.

Cid, P.; Orellana, A. & Barriga, O. (2010).Validación de la escala de auto-eficacia general en Chile.*Revista médica de Chile* 551-557.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0034-98872010000500004&lng=es&tlng=es

D' Anello, S. e. (2009). La relación médico paciente y su influencia en la adherencia a tratamiento médico. *Revista de la Universidad de los Andes* , 22-33.
<http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/28405>

De los Rios Castillo, José. (2004) Calidad de vida en pacientes con Diabetes tipo 2.México.2004.vol 4 N°2 <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im042d.pdf>

Diaz G, Gabriel et al. (2006) Cumplimiento de los objetivos de control metabólico en diabetes mellitus en el medio rural de Ourense. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2006, vol.80, n.1 [citado 2012-09-21], pp. 67-75 Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000100007&lng=es&nrm=iso>

Duran V,B ; Rivera CH, B y Franco G, E.(2001) Pharmacological therapy compliance in diabetes. *Salud pública Méx* [online]. 2001, vol.43, n.3 [citado 2012-09-11], pp. 233-236 .

Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es&nrm=iso. ISSN 0036-3634

Fiorentino, M. T. (2006). Conductas de la salud. En L. Oblitas G, *Psicología de la salud y calidad de vida* p 57). México: Thomson

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Recuperado el 26 de Enero de 2013, de <http://worldcat.org/isbn/0201020890>

Florez-Alarcón, L; Carranza, W A. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Av. Psicol. Latinoam.* [online]. 2007, vol.25, n.2 [cited 2012-05-18], pp. 63-82 . Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000200005&lng=en&nrm=iso. ISSN 1794-4724.

Gallegos, E., & Bañuelos, Y. (2004). Conductas protectoras de salud en adultos con diabetes tipo 2. *Investigación y Educación en Enfermería* , 40-49.

Goday, A; Franch, J; Mata, M. Criterios de control y pautas de tratamiento combinadas en la diabetes mellitus. Actualización 2004. *Med. clin. Barcelona*. 2004, 123(5) 187-197.

Holguín, L .et al.(2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención psicosocial. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 5(3) 535-547.

Instituto Nacional de estadísticas. (2007). *Adulto Mayor en Chile*. Santiago: Gobierno de Chile. http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf

López C, Juan Manuel et al. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Méx, Cuernavaca*, v.45n4, agosto 2003. Disponible

en<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000400004&lng=es&nrm=iso>. accedido en 21 sept. 2012

López,G;Tambasia,M;Rosas,J. Control of type 2 Diabetes Mellitus among general practitioners in private practice in nine contries of Latinamerican. *Rev. Panamericana de la salud*.2007.

Martin, L. (2003). Aplicación de la psicología en el proceso de la salud y enfermedad. *Rev. Cubana de Psicología* , 275-281.

Martín, L. (2004). Acerca de la adherencia terapéutica. *Revista Cubana* , vol 30 N° 4.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=pt

Martín,L.(2006) Repercusiones en la Salud Pública de la Adherencia de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev.Cubana de Salud Pública*. La Habana 2006 . 32 N°3.

Martin, L (2008). Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en prsonas con hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública* , N° 34.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S086434662008000100012&lng=es&tlng=es

Martinez-Ortiz, José A. Efecto de la actividad física en la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular mediante el control del peso corporal. *Rev. Costarric. Cardiol* [online]. 2007, vol.9, n.3 [citado 2012-09-11], pp. 17-22 . Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422007000300004&lng=es&nrm=iso.

Ministerio de Salud. (2007). *Informe final. estudio de carga de enfermedad, carga atribuible*.Santiago:Gobiernode Chile. www.redcronicas.cl/index.php?option=com_docman

Ministerio de salud. (2009). *Guía Clínica, Diabetes Mellitus ipo II*. Santiago: Gobierno de Chile.

<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>

Ministerio de Salud. (2009). *Resultado de encuesta Nacional de Salud*. Santiago: Gobierno de Chile. www.redcronicas.cl/index.php?option=com_docman

Ministerio de Salud (2010). *1º consulta Objetivos estratégicos 2011 – 2020*. Departamento de enfermedades no transmisibles. www.redcronicas.cl/index.php?option=com_docman

Ministerio de Salud. (2010) Estrategia de intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades no transmisibles EINC. Santiago www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_alimentos/prot_ego.html.

Miyar, L. O. (2003). Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* , 713-719.

Mussi, C. (2006). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En L. A. Oblitas Guadalupe, *Psicología de la salud y calidad de vida*. pp. 127-136. México: Thomson.

Olaiz-Fernandez, Gustavo et al. Diabetes mellitus en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49, suppl.3 [citado 2012-09-11], pp. 331- 337 . Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000900004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0036-3634

Olivarí, C;Urra,C. (2007). Autoestima y conductas en salud. *Revista Ciencia y enfermería* , pp 9-15.

Organización Mundial de la salud. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Recuperado el 25 de Enero de 2013, de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/index.html

Organización Mundial de la salud. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles*. Recuperado el 25 de Enero de 2013, de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

Ortiz, J., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 25-29.
Pender, N. (1996). *Promotion health in nursing practice*. Recuperado el 25 de Enero de 2013

Ortiz, M. (2007). Psicología de la salud, un fenómeno para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 647-652

[.http://scholar.google.com/scholar?as_q=Revista+m%C3%A9dica+de+Chile.+%282007](http://scholar.google.com/scholar?as_q=Revista+m%C3%A9dica+de+Chile.+%282007)

Prochaska, J., & Diclemente, C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1102-1114.

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1993-09955-001>

Quintana, A; Merino, J; Merino, P. (2007). Variables psicológicas asociadas a compensación metabólica en pacientes diabéticos tipo 2. *Rev. Med. Chile Santiago*. Vol 135:1007-1014

Rodriguez Chamorro, M., & García Jimenez, E. y. (2012). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento. *Pharmaceutical Care*, 138-144.

Rosenstock, I. (1974). *The health belief model and preventive health behavior*. Recuperado el 25 de Enero de 2013, de <http://heb.sagepub.com/content/2/4/354.refs.html>

Téstar De Armas J, Guedes Díaz R, Madruga Vásquez C, León Herrera L, de Posada R, Laureiro Lima I. Obesidad, su relación con otros factores de riesgo coronario. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2009[citado 1 Nov 2011]; 31(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema5.htm>

Tillet, L. (2003). Modelo de promoción de la salud. En Marriner A y Raile M; *Modelo y teorías en enfermería* (págs. 529-533).

Trejo M, Fernando. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enfermería Neurológica*. México 2010;vol 9,Nº1:30-44

http://scholar.google.es/scholar?as_q=aplicacion+del+modelo+de+nola+pender&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_occt=any&as_sauthors=trejo&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Villalobos-Pérez, Alfonso.et al. (2006). Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2- versión III(EATDM-III) en una muestra de pacientes diabéticos en Costa Rica. Pag.32-37.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982007000100003&script=sci_arttext

Sakraida, T. (2007). Modelo de promoción de la salud. En MarrinerA y Raile M; *Modelo y teorías en enfermería* (págs. 452-463).

ANEXOS

- CONSENTIMIENTO INFORMADO
- CUESTIONARIO
- TABLAS Y GRÁFICOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE ENFERMERÍA

Título Autoeficacia en Diabéticos tipo 2 y su relación con la adherencia terapéutica.

Investigador/es:

- EU Bruna Espinoza F.

Lugar del estudio:

- Consultorio adosado del Hospital san Juan de Dios de Los Andes

Por medio del presente documento le invitamos a participar de ésta investigación, que se enmarca en el perfeccionamiento académico.

Como requisito del programa de Magister en Enfermería, debo realizar una investigación referida a aspectos personales de tipo psicológicos que influyen en la adherencia al tratamiento de las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes aspectos. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier situación que le ayude a aclarar sus dudas.

Si usted desea participar, entonces se le solicitará que firme este documento de consentimiento, del cual se le entregará una copia firmada y fecha.

Objetivo del estudio:

A Usted lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como Objetivo: “Determinar la relación que existe entre la auto-eficacia percibida y la adherencia al tratamiento que presentan las personas adultas con Diabetes Mellitus tipo II , que asisten a control al Consultorio Adosado de Especialidades del hospital San Juan de Dios de la ciudad de Los Andes.

Beneficios del estudio:

- Permitir que en un futuro otras personas puedan beneficiarse del conocimiento obtenido, a través de la expresión de su experiencia en el área investigada.
- Identificar los aspectos personales del área psicológica que influyen en la adherencia de las personas diabéticas a su tratamiento.

- Planificar localmente alguna intervención de enfermería en el campo de la promoción de hábitos saludables y autocuidado de las personas diabéticas que mejoren su autocuidado.
- No existe beneficio económico para los participantes.

1. Procedimiento del estudio

En caso que usted acepte participar en este estudio, se le aplicará un cuestionario de variadas preguntas , todas relacionadas con hábitos y conductas en relación a su dieta, ejercicio, control médico y cuidado de los pies.

Riesgos asociados con el estudio:

Este estudio no presenta riesgos predecibles. Aún así, si las preguntas realizadas produjeran alguna sensibilización que le afecte en el aspecto psicológico y que requiera de algún tipo de atención, ésta se le otorgará sin existir retribución económica.

2. Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntario
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee, aún cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cuál será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio será utilizada para nuestro trabajo como proceso de aprendizaje y será mantenida en estricta confidencialidad por el investigador.
- La información de éste estudio podrá ser publicada o utilizada con fines científicos.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento informado que se adjunta a éste documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: Autoeficacia en Diabéticos tipo II y su relación con la adherencia terapéutica

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis dudas han sido aclaradas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar libremente en este estudio de investigación, del que puedo retirarme en el momento que estime conveniente sin consecuencias desfavorables.

Recibiré una copia firmada y fechada de éste documento.

Firma del Participante

Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador:

He explicado al EU _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; como también acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y le he preguntado si tiene alguna duda.

Firma Investigador

Fecha

ADHERENCIA TERAPEUTICA Y AUTOEFICACIA

CUESTIONARIO

INSTRUCTIVO

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar el nivel de adherencia a tratamiento y el nivel de autoeficacia percibida que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo2.

En la primera parte se le consultan datos de identificación de índole general y en la segunda parte se le presentan una serie de situaciones, las cuales están relacionadas con la Diabetes. Por favor señale para cada situación la opción que mas representa su experiencia personal.

I PARTE, Ficha de identificación

Marque con una X dentro del paréntesis, el ítem correspondiente a su condición actual.

Sexo

- (1) Mujer
- (2) Hombre

Edad en años: _____

- (1) 15 – 24
- (2) 25 – 34
- (3) 35 – 44
- (4) 45 – 54
- (5) 55 – 64
- (6) 65 – 74
- (7) 75 y mas

Nivel educación (Por favor marque el último nivel educativo alcanzado, ya sea que lo haya concluido o no):

- (1) Analfabeto
- (2) Básica
- (3) Secundaria
- (4) Técnico Profesional
- (5) Universitario

Estado civil

- (1) Soltero (a)
- (2) Casado (a)
- (3) Viudo (a)
- (4) Separado (a)

Vive con

- (1) Solo (a)
- (2) Padres
- (3) Hijos
- (4) Pareja
- (5) Otras personas_____

Ingreso mensual (quintiles)

- (1) 1 quintil (< \$53.184)_____
- (2) 2 quintil (\$ 53.184 - \$ 90.067)_____
- (3) 3 quintil (\$ 90.068 – \$140.665)_____
- (4) 4 quintil (\$140.666 - \$ 254.627)_____
- (5) 5 quintil (> \$ 254.628)_____

Ocupación

- (1) Inactivo
- (2) Patrón o Empresario

- (3) Empleado
- (4) Obrero
- (5) Trabajador por cuenta propia

(Inactivo= Dueña de casa, Estudiante, Jubilado, Discapacitado)

Años de diagnóstico

- (1) 1-2 años
- (2) 3-4 años
- (3) 5-6 años
- (4) 7-8 años
- (5) 9-10 años
- (6) Mas de 10 años

Tipo de tratamiento

- (1) Tratamiento via oral
- (2) Tratamiento inyectable con insulina
- (3) Tratamiento mixto (insulina y via oral)

Ultimo control de hemoglobina Glicosilada (control metabólico)

- (1) < a 7%
- (2) > a 7%

II PARTE, Instrucciones

Abajo se le presentan una serie de situaciones, las cuales están relacionadas con la Diabetes. Por favor señale para cada situación la opción que mas la (le) representa de acuerdo a su experiencia. Las columnas numeradas se deben leer de la siguiente forma:

0: Nunca lo hago

1: Casi nunca lo hago (entre el 1% y el 33% de las ocasiones).

2: Lo hago regularmente (entre el 34% y el 66% de las ocasiones).

3: Casi siempre lo hago (entre el 67% y el 99% de las ocasiones).

4: Siempre lo hago (el 100% de las ocasiones).

Por ejemplo, si para usted el *Evitar consumir pan dulce* ocurre casi siempre, es decir lo hace casi todos los días entonces usted deberá haber marcado de la siguiente forma:

Opciones				
0	1	2	3	4

Sólo debe marcar una opción.

Situación	Opciones				
	0	1	2	3	4
1. Evito consumir pan dulce					
2. Evito consumir postres dulces					
3. Evito consumir golosinas o confites dulces					
4. Evito consumir leche entera o cualquier derivado de los lácteos					
5. Evito consumir carne con grasa					
6. Evito cocinar con manteca vegetal o animal					
7. Evito consumir bebidas alcohólicas					
8. Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar					
9. Utilizo sustituto del azúcar					
10. Evito consumir comidas muy saladas					
11. Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio					
12. Consumo frutas al menos una vez al día					

13.	Consumo ocho vasos de agua diarios					
14.	Camino para sentirme mejor					
15.	Realizo algún juego con mis hijos o nietos					
16.	Consumo alimentos antes de realizar ejercicio					
17.	Tengo un horario fijo para realizar ejercicio					
Situación		Opciones				
		0	1	2	3	4
18.	Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física					
19.	Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física					
20.	Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física					
21.	Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio					
22.	Realizo paseos cortos durante el día					
23.	Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura					
24.	Visito al médico del consultorio en caso de alguna complicación					
25.	Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes					
26.	Asisto al consultorio para realizar los exámenes (sangre,orina)					
27.	El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad					
28.	Me realizo la glicemia cuando me lo solicitan					
29.	Recibo los medicamentos el mismo día de la cita					
30.	Tengo accesibilidad para retirar los medicamentos del consultorio					

31. Existe personal capacitado en el consultorio para tomar la glicemia					
32. Existe personal capacitado en consultorio que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la Diabetes					
33. Mi familia conoce lo que es la Diabetes					
34. Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás					
35. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial					
36. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día					
37. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)					
38. Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
39. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
40. Mis familiares me estimulan en la práctica de alguna actividad recreativa					
41. Mis familiares me estimulan a la práctica de algún deporte					
42. Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies					
43. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el Consultorio					
Situación	Opciones				
	0	1	2	3	4
44. Mis familiares se preocupan de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios.					
45. Asisto a charlas educativas sobre Diabetes en el consultorio					

46. Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético					
47. Después del baño seco mis pies					
48. Asisto a algún lugar (pedicuro particular, consultorio) para que me corten las uñas de manera adecuada					
49. Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la diabetes					
En las siguientes situaciones responder, en general creo que yo : 0= muy en desacuerdo 1= En desacuerdo 2= Ni en acuerdo ni en desacuerdo 3= De acuerdo 4= Muy de acuerdo	Opciones				
	0	1	2	3	4
50. Conozco con qué partes del cuidado de mi diabetes lo estoy haciendo bien, estoy satisfecha(o).					
51. Conozco con qué partes del cuidado de mi diabetes NO lo estoy haciendo bien, estoy insatisfecha(o).					
52. Conozco que partes del cuidado de mi diabetes estoy dispuesta(o) a cambiar para hacerlo mejor.					
53. Conozco que partes del cuidado de mi diabetes no estoy dispuesta(o) a cambiar a pesar de saber que no están bien.					
54. Puedo escoger objetivos realistas en el cuidado de mi diabetes. Me propongo algo específico a alcanzar					
55. Conozco cuáles de mis objetivos en la diabetes son más importantes para mí. (que parte del cuidado es mas importante para mi)					
56. Conozco las cosas de mi mismo que me ayudan o impiden alcanzar mis objetivos en relación a la diabetes.					
57. Puedo tener buenas ideas que me ayuden a alcanzar mis objetivos.					

58. Soy capaz de convertir mis objetivos en un plan de acción práctico y concreto.(cuando me propongo algo lo cumplo)					
59. Puedo alcanzar mis objetivos una vez que me he decidido a hacerlo.					
60. Conozco los obstáculos que pueden dificultar el logro de mis objetivos.					
61. Puedo pensar en diferentes maneras de superar los obstáculos que me impiden alcanzar mis objetivos en la diabetes.					
62. Puedo intentar hacer diferentes cosas para superar los obstáculos para lograr mis objetivos.					
63.Soy capaz de decidir que formas de enfrentar los obstáculos funcionan mejor para mí.					
64. Puedo decir como me estoy sintiendo viviendo con la diabetes					
65. Puedo decir como me estoy sintiendo cuidando mi diabetes					
66. Conozco las formas de como la diabetes me produce estrés en mi vida					
67. Conozco maneras positivas que uso para enfrentar el estrés que me causa la diabetes					
68. Conozco maneras negativas que uso para enfrentar el estrés que me causa la diabetes					
69. Puedo enfrentar bien el estrés relacionado con la diabetes					
70. Conozco en donde puedo encontrar apoyo para vivir y cuidar de mi diabetes					
71. Puedo pedir ayuda para vivir y cuidar de mi diabetes cuando lo necesito					
72. Me puedo apoyar o ayudar a mi misma(o) en relación a la diabetes					
73. Conozco lo que me ayuda a permanecer motivado para cuidar de mi diabetes					
74.Me puedo motivar a mi mismo para cuidar de mi diabetes					
75. Conozco suficiente de la diabetes para escoger lo que es bueno para mí					

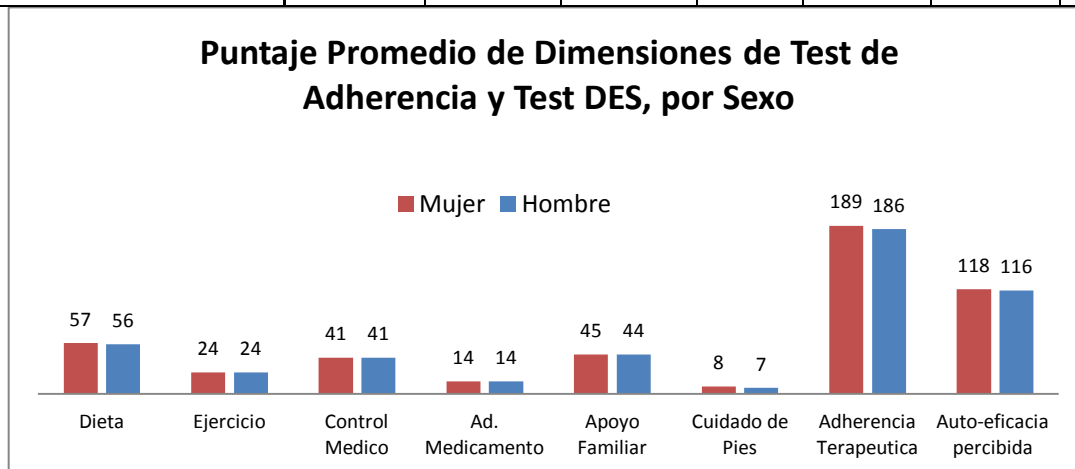
<p>76. Me conozco lo suficiente como persona como para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi diabetes</p>					
<p>77. Me puedo dar cuenta si vale la pena lo que estoy intentando cambiar en el cuidado de mi diabetes.</p>					

ANEXOS TABLAS Y GRÁFICOS

Estadística descriptiva.

Tabla y gráfico N°1 : Relación de la variable de dato Sexo y todas las dimensiones de las variables de estudio

		Mean	95% Confidence Interval for Mean		Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
			Lower Bound	Upper Bound				
Dieta	Mujer	57,41	55,96	58,86	59,00	5,40	37,00	64,00
	Hombre	56,08	54,28	57,88	56,50	4,26	49,00	64,00
Ejercicio	Mujer	24,30	21,15	27,46	26,00	11,78	6,00	50,00
	Hombre	24,21	19,18	29,23	19,50	11,90	9,00	44,00
Control Medico	Mujer	40,66	39,63	41,69	41,00	3,85	26,00	45,00
	Hombre	40,79	39,51	42,07	41,00	3,04	35,00	45,00
Ad. Medicamento	Mujer	14,16	13,86	14,47	14,00	1,14	10,00	15,00
	Hombre	13,88	13,16	14,59	15,00	1,70	10,00	15,00
Apoyo Familiar	Mujer	44,59	42,58	46,60	45,00	7,50	28,00	58,00
	Hombre	44,21	40,48	47,94	45,00	8,84	24,00	56,00
Cuidado de Pies	Mujer	8,25	7,73	8,77	10,00	1,93	5,00	10,00
	Hombre	6,71	5,80	7,62	6,00	2,16	2,00	10,00
Adherencia Terapeutica	Mujer	189,38	184,48	194,27	187,50	18,27	147,00	238,00
	Hombre	185,88	178,04	193,71	183,50	18,54	146,00	220,00
Auto-eficacia percibida	Mujer	117,73	113,59	121,88	120,50	15,47	72,00	140,00
	Hombre	116,42	109,92	122,91	120,00	15,39	74,00	135,00



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla y gráfico N°2 : Relación de la variable de dato edad y todas las dimensiones de las variables de estudio

		95% Confidence Interval for Mean		Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum	
		Mean	Lower Bound					Upper Bound
Dieta	45-54 años	57,38	55,23	59,52	57,00	4,03	51,00	64,00
	55-64 años	56,41	54,30	58,51	57,00	5,32	39,00	64,00
	65-74 años	56,09	53,35	58,82	58,00	6,32	37,00	63,00
	75 y mas años	59,83	58,35	61,31	60,50	2,33	53,00	62,00
Ejercicio	45-54 años	29,44	23,33	35,55	34,00	11,47	10,00	50,00
	55-64 años	23,89	18,85	28,93	16,00	12,73	6,00	44,00
	65-74 años	21,04	16,87	25,22	18,00	9,65	9,00	44,00
	75 y mas años	25,08	17,04	33,13	27,00	12,67	10,00	44,00
Control Medico	45-54 años	41,88	39,80	43,95	42,50	3,90	31,00	45,00
	55-64 años	39,78	38,54	41,01	40,00	3,12	35,00	45,00
	65-74 años	40,26	38,46	42,06	41,00	4,17	26,00	45,00
	75 y mas años	41,67	39,88	43,45	41,00	2,81	36,00	45,00
Ad. Medicamento	45-54 años	14,31	13,77	14,85	15,00	1,01	12,00	15,00
	55-64 años	14,19	13,69	14,68	15,00	1,24	11,00	15,00
	65-74 años	13,96	13,25	14,66	15,00	1,64	10,00	15,00
	75 y mas años	13,67	12,80	14,54	14,00	1,37	11,00	15,00
Apoyo Familiar	45-54 años	46,06	42,47	49,65	45,50	6,74	32,00	56,00
	55-64 años	44,26	41,03	47,49	45,00	8,16	24,00	56,00
	65-74 años	42,13	38,83	45,43	44,00	7,64	28,00	55,00
	75 y mas años	48,42	43,17	53,67	51,50	8,26	31,00	58,00
Cuidado de Pies	45-54 años	7,88	6,87	8,88	7,50	1,89	6,00	10,00
	55-64 años	7,30	6,44	8,15	6,00	2,16	2,00	10,00
	65-74 años	7,78	6,77	8,79	7,00	2,33	2,00	10,00
	75 y mas años	9,08	8,17	10,00	10,00	1,44	6,00	10,00
Adherencia Terapeutica	45-54 años	196,94	188,15	205,72	194,50	16,48	170,00	238,00
	55-64 años	185,81	177,63	194,00	186,00	20,69	146,00	219,00
	65-74 años	181,26	175,68	186,84	182,00	12,91	147,00	206,00
	75 y mas años	197,75	186,15	209,35	198,50	18,26	172,00	230,00
Auto-eficacia percibida	45-54 años	119,75	113,95	125,55	121,00	10,88	97,00	137,00
	55-64 años	115,15	108,55	121,75	119,00	16,68	76,00	138,00
	65-74 años	118,91	112,09	125,74	120,00	15,78	74,00	140,00
	75 y mas años	116,58	104,96	128,21	123,50	18,29	72,00	132,00

Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

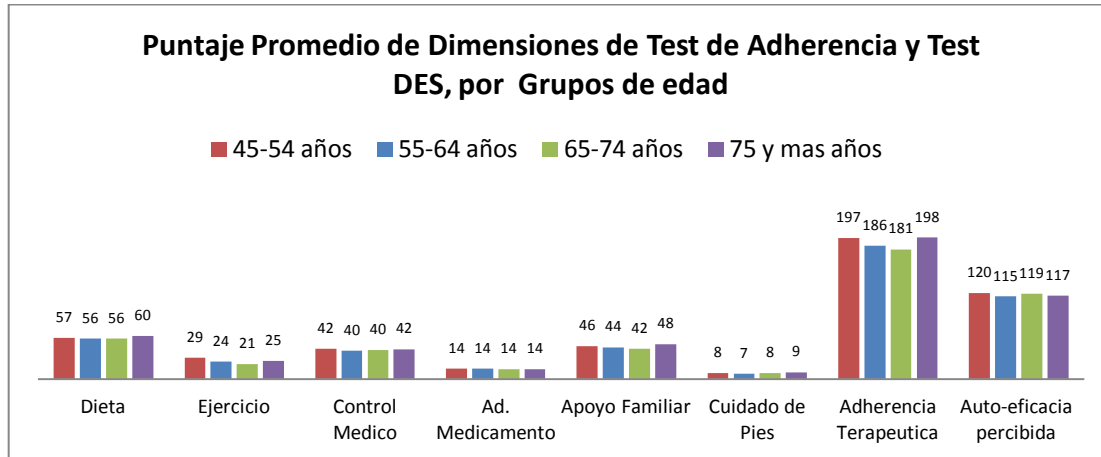
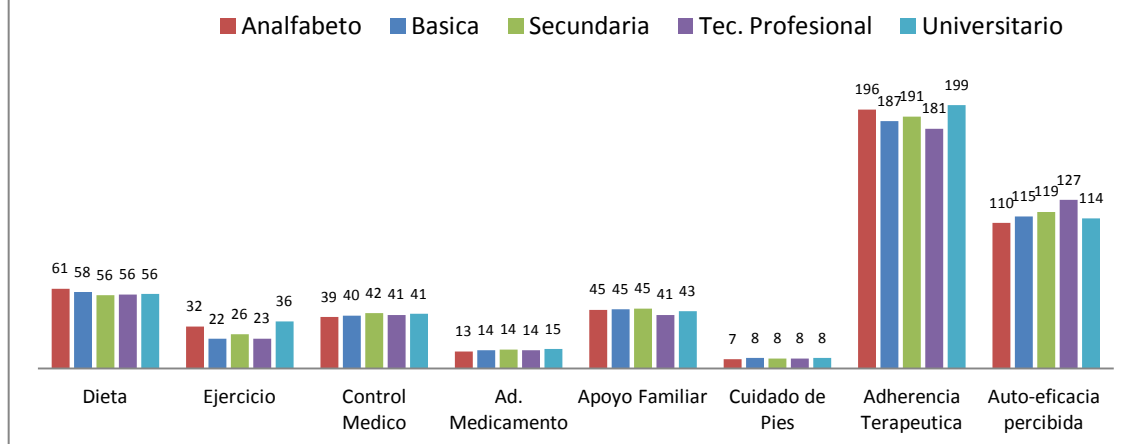


Tabla y gráfico N°3 : Relación de la variable de dato Escolaridad y todas las dimensiones de las variables de estudio

		Mean	95% Confidence Interval for Mean		Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
			Lower Bound	Upper Bound				
Dieta	Analfabeto	60,50	41,44	79,56	60,50	2,12	59,00	62,00
	Basica	57,93	56,85	59,01	59,00	3,47	49,00	64,00
	Secundaria	55,65	52,93	58,38	57,00	6,30	39,00	64,00
	Tec. Profesional	55,78	49,99	61,57	57,00	7,53	37,00	62,00
	Universitario	56,25	46,67	65,83	55,00	6,02	51,00	64,00
Ejercicio	Analfabeto	32,00	-44,24	108,24	32,00	8,49	26,00	38,00
	Basica	22,38	18,70	26,06	17,00	11,80	6,00	44,00
	Secundaria	25,78	21,05	30,52	29,00	10,95	10,00	44,00
	Tec. Profesional	22,56	12,07	33,04	15,00	13,64	10,00	50,00
	Universitario	35,50	25,07	45,93	34,50	6,56	29,00	44,00
Control Medico	Analfabeto	39,00	26,29	51,71	39,00	1,41	38,00	40,00
	Basica	40,05	39,06	41,04	41,00	3,18	31,00	45,00
	Secundaria	41,96	40,48	43,43	43,00	3,42	35,00	45,00
	Tec. Profesional	40,67	36,17	45,17	41,00	5,85	26,00	45,00
	Universitario	41,25	37,07	45,43	40,50	2,63	39,00	45,00
Ad. Medicamento	Analfabeto	13,00	-12,41	38,41	13,00	2,83	11,00	15,00
	Basica	14,02	13,61	14,43	14,00	1,32	10,00	15,00
	Secundaria	14,17	13,63	14,72	15,00	1,27	11,00	15,00
	Tec. Profesional	14,00	12,78	15,22	14,00	1,58	10,00	15,00
	Universitario	14,75	13,95	15,55	15,00	0,50	14,00	15,00

Apoyo Familiar	Analfabeto	44,50	-63,50	152,50	44,50	12,02	36,00	53,00
	Basica	44,93	42,72	47,14	45,00	7,09	28,00	57,00
	Secundaria	45,39	41,73	49,05	46,00	8,46	24,00	58,00
	Tec. Profesional	40,56	33,54	47,57	40,00	9,13	28,00	56,00
	Universitario	43,25	28,08	58,42	43,00	9,54	32,00	55,00
Cuidado de Pies	Analfabeto	7,00	-5,71	19,71	7,00	1,41	6,00	8,00
	Basica	7,86	7,21	8,51	7,50	2,09	2,00	10,00
	Secundaria	7,70	6,71	8,68	7,00	2,29	2,00	10,00
	Tec. Profesional	7,78	6,16	9,40	6,00	2,11	6,00	10,00
	Universitario	8,00	4,10	11,90	8,50	2,45	5,00	10,00
Adherencia Terapeutica	Analfabeto	196,00	145,18	246,82	196,00	5,66	192,00	200,00
	Basica	187,17	182,17	192,16	186,00	16,03	163,00	230,00
	Secundaria	190,65	182,50	198,80	187,00	18,85	146,00	226,00
	Tec. Profesional	181,33	159,73	202,94	170,00	28,11	147,00	238,00
	Universitario	199,00	176,84	221,16	194,00	13,93	189,00	219,00
Auto-eficacia percibida	Analfabeto	110,00	-144,12	364,12	110,00	28,28	90,00	130,00
	Basica	115,21	110,14	120,29	120,00	16,30	72,00	138,00
	Secundaria	118,52	113,39	123,66	119,00	11,88	91,00	136,00
	Tec. Profesional	127,44	121,45	133,44	125,00	7,80	117,00	140,00
	Universitario	113,75	72,05	155,45	123,50	26,21	76,00	132,00

Puntaje Promedio de Dimensiones de Test de Adherencia y Test DES, por Nivel Educativo

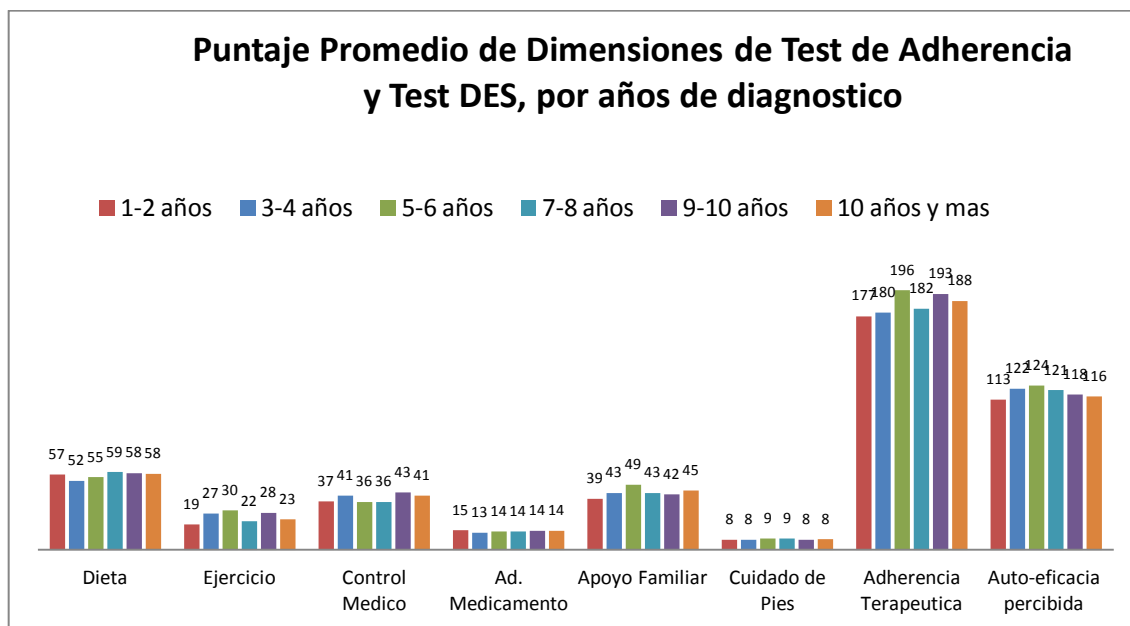


Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla y gráfico N°4 : Relación de la variable de dato años de diagnóstico y todas las dimensiones de las variables de estudio

		Mean	95% Confidence Interval for Mean		Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
			Lower Bound	Upper Bound				
Dieta	1-2 años	57,00	52,03	61,97	57,00	2,00	55,00	59,00
	3-4 años	52,00	41,03	62,97	57,00	8,83	37,00	58,00
	5-6 años	54,88	46,43	63,32	57,00	10,11	39,00	64,00
	7-8 años	58,67	49,94	67,39	59,00	3,51	55,00	62,00
	9-10 años	58,11	55,67	60,56	58,00	3,18	51,00	62,00
	10 años y mas	57,54	56,50	58,58	59,00	3,74	49,00	64,00
Ejercicio	1-2 años	19,33	-3,75	42,41	15,00	9,29	13,00	30,00
	3-4 años	27,20	12,14	42,26	29,00	12,13	13,00	42,00
	5-6 años	29,75	19,40	40,10	32,00	12,38	13,00	44,00
	7-8 años	21,67	-14,53	57,86	17,00	14,57	10,00	38,00
	9-10 años	27,89	17,19	38,59	30,00	13,92	11,00	50,00
	10 años y mas	22,96	19,82	26,10	19,00	11,28	6,00	44,00
Control Medico	3-4 años	36,80	29,03	44,57	39,00	6,26	26,00	41,00
	5-6 años	41,00	38,72	43,28	41,50	2,73	37,00	44,00
	7-8 años	36,33	32,54	40,13	36,00	1,53	35,00	38,00
	9-10 años	43,44	41,72	45,17	45,00	2,24	39,00	45,00
	10 años y mas	40,79	39,86	41,72	41,00	3,35	31,00	45,00
Ad. Medicamento	1-2 años	14,67	13,23	16,10	15,00	0,58	14,00	15,00
	3-4 años	12,80	10,11	15,49	14,00	2,17	10,00	15,00
	5-6 años	13,75	12,51	14,99	14,50	1,49	12,00	15,00
	7-8 años	14,00	9,70	18,30	15,00	1,73	12,00	15,00
	9-10 años	14,22	13,22	15,22	15,00	1,30	11,00	15,00
	10 años y mas	14,19	13,86	14,53	15,00	1,21	10,00	15,00
Apoyo Familiar	1-2 años	38,67	21,04	56,29	40,00	7,09	31,00	45,00
	3-4 años	43,00	26,50	59,50	47,00	13,29	24,00	55,00
	5-6 años	49,25	44,44	54,06	48,00	5,75	41,00	56,00
	7-8 años	43,00	22,67	63,33	41,00	8,19	36,00	52,00
	9-10 años	42,00	36,76	47,24	42,00	6,82	31,00	56,00
	10 años y mas	44,73	42,60	46,86	46,00	7,65	28,00	58,00
Cuidado de Pies	3-4 años	7,80	5,26	10,34	7,00	2,05	6,00	10,00
	5-6 años	7,50	5,77	9,23	6,00	2,07	6,00	10,00
	7-8 años	8,67	2,93	14,40	10,00	2,31	6,00	10,00
	9-10 años	7,78	6,11	9,44	7,00	2,17	5,00	10,00
	10 años y mas	7,88	7,28	8,49	8,00	2,18	2,00	10,00

Adherencia Terapeutica	1-2 años	176,67	149,19	204,14	178,00	11,06	165,00	187,00
	3-4 años	179,60	141,14	218,06	193,00	30,97	146,00	212,00
	5-6 años	196,13	183,07	209,18	193,00	15,62	177,00	220,00
	7-8 años	182,33	148,97	215,69	188,00	13,43	167,00	192,00
	9-10 años	193,44	178,52	208,37	188,00	19,42	169,00	238,00
	10 años y mas	188,10	183,21	192,98	186,00	17,54	158,00	230,00
Auto-eficacia percibida	1-2 años	113,33	79,61	147,06	106,00	13,58	105,00	129,00
	3-4 años	121,60	101,41	141,79	118,00	16,26	104,00	140,00
	5-6 años	124,13	113,33	134,92	128,00	12,91	97,00	138,00
	7-8 años	120,67	90,62	150,72	125,00	12,10	107,00	130,00
	9-10 años	117,56	103,61	131,50	122,00	18,15	76,00	137,00
	10 años y mas	115,88	111,53	120,24	120,00	15,64	72,00	135,00



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Tabla y gráfico N°5 : Relación de la variable de dato tipo de tratamiento y todas las dimensiones de las variables de estudio

		Mean	95% Confidence Interval for Mean		Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
			Lower Bound	Upper Bound				
Dieta	Tratamiento Oral	50,75	44,39	57,11	53,00	7,61	39,00	58,00
	Tratamiento insulina	58,54	57,20	59,87	59,50	3,44	50,00	64,00
	Tratamiento mixto	57,18	55,76	58,61	58,00	4,69	37,00	64,00
Ejercicio	Tratamiento Oral	23,25	13,22	33,28	19,00	12,00	10,00	42,00
	Tratamiento insulina	23,21	18,30	28,13	15,00	12,68	9,00	44,00
	Tratamiento mixto	25,14	21,71	28,57	27,50	11,28	6,00	50,00
Control Medico	Tratamiento Oral	39,63	37,73	41,52	41,00	2,26	36,00	42,00
	Tratamiento insulina	41,64	40,66	42,63	41,00	2,54	36,00	45,00
	Tratamiento mixto	40,30	39,00	41,59	41,00	4,25	26,00	45,00
Ad. Medicamento	Tratamiento Oral	12,88	11,30	14,45	13,00	1,89	10,00	15,00
	Tratamiento insulina	14,36	13,95	14,77	15,00	1,06	11,00	15,00
	Tratamiento mixto	14,11	13,72	14,50	15,00	1,28	10,00	15,00
Apoyo Familiar	Tratamiento Oral	51,00	46,10	55,90	54,50	5,86	41,00	56,00
	Tratamiento insulina	45,00	41,83	48,17	45,50	8,16	28,00	57,00
	Tratamiento mixto	42,95	40,68	45,23	44,00	7,47	24,00	58,00
Cuidado de Pies	Tratamiento Oral	8,00	6,21	9,79	8,00	2,14	6,00	10,00
	Tratamiento insulina	7,89	7,03	8,75	8,00	2,22	2,00	10,00
	Tratamiento mixto	7,68	7,05	8,31	7,00	2,08	2,00	10,00
Adherencia Terapeutica	Tratamiento Oral	185,50	174,03	196,97	183,50	13,72	167,00	212,00
	Tratamiento insulina	190,64	182,77	198,51	186,50	20,29	158,00	230,00
	Tratamiento mixto	187,36	181,92	192,81	188,00	17,91	146,00	238,00
Auto-eficacia percibida	Tratamiento Oral	111,75	98,14	125,36	112,50	16,28	90,00	131,00
	Tratamiento insulina	116,54	109,62	123,46	124,50	17,85	72,00	136,00
	Tratamiento mixto	118,86	114,76	122,96	120,00	13,48	74,00	140,00

Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2

Puntaje Promedio de Dimensiones de Test de Adherencia y Test DES, por tipo de tratamiento

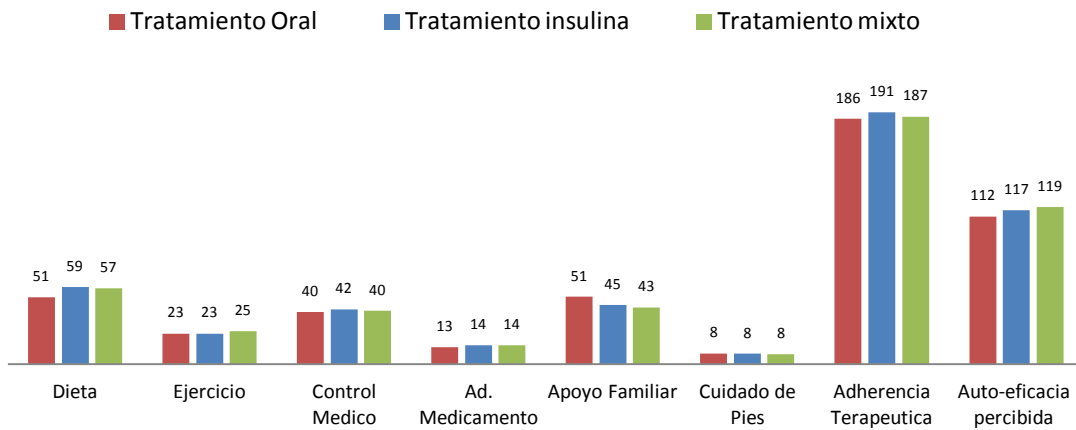
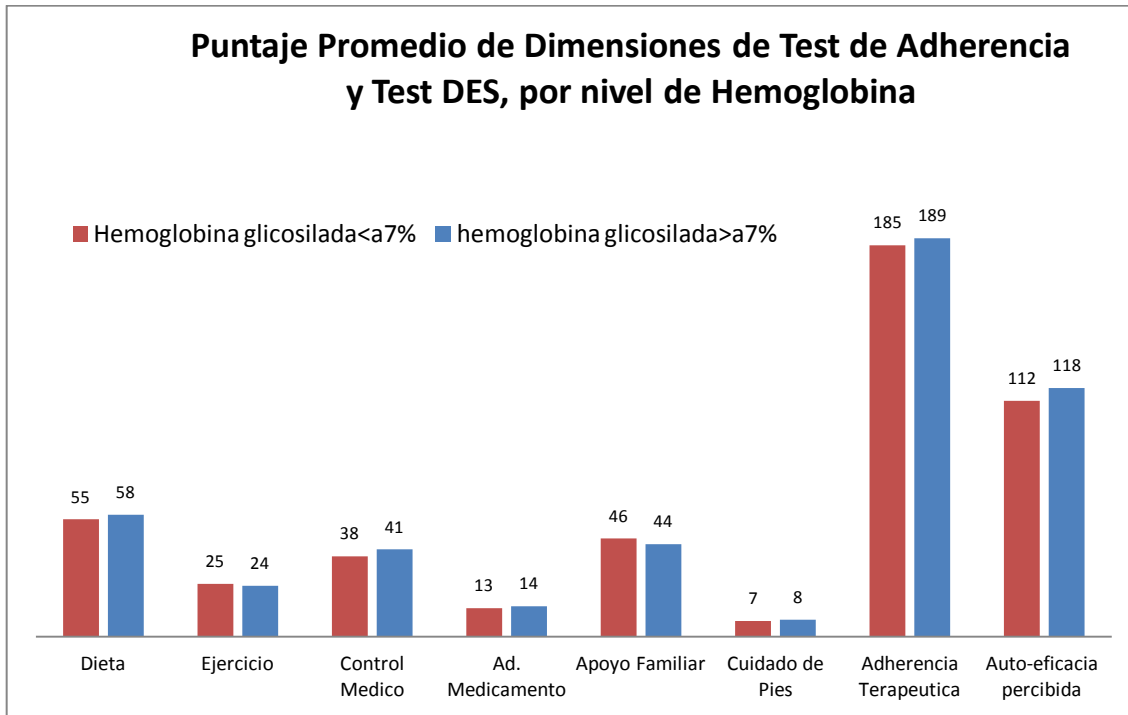


Tabla y gráfico N°6 : Relación de la variable de dato control metabólico y todas las dimensiones de las variables de estudio

		Mean	95% Confidence Interval for Mean		Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum
			Lower Bound	Upper Bound				
Dieta	Hemoglobina glicosilada<a7%	55,45	50,97	59,93	57,00	6,67	37,00	61,00
	hemoglobina glicosilada>a7%	57,79	56,88	58,70	59,00	3,74	49,00	64,00
Ejercicio	Hemoglobina glicosilada<a7%	24,91	16,88	32,94	21,00	11,95	10,00	43,00
	hemoglobina glicosilada>a7%	23,88	21,00	26,76	22,00	11,82	6,00	50,00
Control Medico	Hemoglobina glicosilada<a7%	38,00	34,34	41,66	41,00	5,44	26,00	45,00
	hemoglobina glicosilada>a7%	41,18	40,43	41,93	41,00	3,07	35,00	45,00
Ad. Medicamento	Hemoglobina glicosilada<a7%	13,45	12,20	14,71	14,00	1,86	10,00	15,00
	hemoglobina glicosilada>a7%	14,24	13,95	14,52	15,00	1,17	10,00	15,00
Apoyo Familiar	Hemoglobina glicosilada<a7%	46,36	41,86	50,86	45,00	6,70	35,00	57,00
	hemoglobina glicosilada>a7%	43,84	41,91	45,77	45,00	7,91	24,00	58,00
Cuidado de Pies	Hemoglobina glicosilada<a7%	7,27	5,47	9,08	6,00	2,69	2,00	10,00
	hemoglobina glicosilada>a7%	7,87	7,37	8,36	7,00	2,01	2,00	10,00
Adherencia Terapeutica	Hemoglobina glicosilada<a7%	185,45	170,31	200,60	182,00	22,55	147,00	230,00
	hemoglobina glicosilada>a7%	188,79	184,41	193,17	187,00	17,95	146,00	238,00
Auto-eficacia percibida	Hemoglobina glicosilada<a7%	111,82	99,72	123,92	115,00	18,01	76,00	140,00
	hemoglobina glicosilada>a7%	117,85	114,21	121,49	120,00	14,92	72,00	138,00



Fuente: Cuestionario de Autoeficacia y Adherencia terapéutica en diabéticos tipo

